



kampania
na wagę
zdrowia



nawagezdrowia.pl

PATRON HONOROWY KAMPANII:



Rzecznik Praw Pacjenta

PATRONI MERYTORYCZNI KAMPANII:



moja.cukrzyca.org



Patron poradnika
i Rozmów Na Wagę Zdrowia



PATRONI MEDIALNI KAMPANII:



poradnikzdrowie.pl



magazyn
OBESITY | OTYŁOŚĆ
obesity-otylosc.pl



PARTNERZY KAMPANII:



Medtronic



Spis treści

Wstęp.....	5
Słowo wstępu od prof. dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas.....	7
Rozmowa z Elżbietą Brzozowską – pacjentką.....	14
Rozmowa z prof. dr hab. Moniką Bąk-Sosnowską – psycholożką.....	32
Rozmowa z Agnieszką Węgiel – psycholożką.....	44
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Lucyną Ostrowską – dietetykiem medycznym.....	78
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Piotrem Majorem – chirurgiem bariatrą.....	92
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Wiesławem Tarnowskim – chirurgiem bariatrą.....	106
Rozmowa z dr. hab. n. med. Mariuszem Wyleżotem – chirurgiem bariatrą.....	122
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Aliną Kuryłowicz – endokrynologiem.....	136
Rozmowa z Ludmiłą Podgóorską – dietetyczką.....	158

Cześć,

Szukasz pomocy w związku z chorobą otyłościową?

Tu ją znajdziesz.



Ten poradnik powstał we współpracy z patronami merytorycznymi Kampanii Na Wagę Zdrowia, którą realizujemy w naszej Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum.



Autorami tej publikacji są eksperci w dziedzinach: **medycyny rodzinnej, chirurgii bariatrycznej, endokrynologii, psychologii i dietetyki oraz pacjentka**, która dzieli się spostrzeżeniami w oparciu o własne doświadczenia leczenia choroby otyłościowej.

Poradnik napisaliśmy z potrzeby przekazania Wam wiedzy i wsparcia.

Nasza kampania wciąż się rozwija, możecie znaleźć mnóstwo dodatkowych informacji na stronie www.nawagezdrowia.pl, na naszych profilach na **IG, Fb**, w zamkniętej grupie wsparcia „(chlo-bariatria)-Znowu chciałam Po postu BYĆ...”, którą wspólnie administrujemy z Jolą, osobą po operacji bariatrycznej.

Kampanię Na Wagę Zdrowia tworzymy my – Ela i Ewa, przyjaciółki od ponad 25 lat, partnerki w firmie i współfundatorki w Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Każda z nas ma swoją historię dietetyczną, mierzymy się z zaburzeniami odżywiania naszych dzieci,

wiemy, że zdrowie jest najważniejsze, a otyłość jest chorobą, która rujnuje zdrowie, uruchamiając cały ciąg powikłań. Stąd nazwa naszej Kampanii – Na Wagę Zdrowia. Bo w leczeniu otyłości na szali stawiamy zdrowie – i psychiczne, i fizyczne.

Zostań z nami, poczytaj, posłuchaj, pooglądaj, a jeśli chcesz porozmawiać – skontaktuj się z nami. Wiemy, ile nasuwa się pytań, kiedy masz dość swojej wagi, próbujesz się odchudzać, a waga ciągle wraca i wzrasta, masz dość swojego ciała, nie lubisz siebie, boli Cię ciało i dusza. Ela też tam była, w 2018 roku ważyła 120 kg, w 2025 waży 70. Mądry i doświadczony chirurg bariatra przyszedł z pomocą, psycholożka do dzisiaj robi remont w jej głowie, grupa wsparcia pomaga, dietetyczka nauczyła ją, jak się odżywiać, a endokrynolog wspiera w tym, żeby waga nie wróciła. Nowoczesna farmakoterapia to świetna droga po zdrowie, ale bez ułożenia w głowie relacji z jedzeniem, ruchem, snem, nie będzie wystarczająca.

Operacja nie jest okaleczeniem ani pójściem na łatwiznę. Jest odpowiedzialną decyzją, którą podejmujemy wspólnie z lekarzem, by zadbać o zdrowie. Na operacji nie kończy się leczenie otyłości. Operacja to wielka szansa lecz czy dobrze ją wykorzystasz, zależy od wielu czynników, ale Ty też jesteś bardzo ważną częścią tej drogi. W ramach naszej kampanii mówimy o współodpowiedzialności za zdrowie.

Leczenie otyłości to nie jednorazowa akcja,
to zadanie na całe życie.

Wchodzisz w to?

Czekamy na Ciebie i jesteśmy dla Ciebie,

Ela i Ewa



Drodzy Państwo,

Skoro trzymacie w rękach ten poradnik, to znaczy, że choroba otyłościowa dotyczy Was lub kogoś Wam bliskiego.

Jestem lekarzem rodzinnym i wiem, jak ciężko pacjentom jest zredukować masę ciała i utrzymać efekt, a jednocześnie zdają sobie sprawę, jak ważne jest, by te cele zrealizować – dla zdrowia, dla siebie.



Dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz Migas

prof. UMW,

*Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,*

*Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
patrona Kampanii Na Wagę Zdrowia*

Gratuluję świadomości i odwagi, bowiem zdobycie wiedzy to pierwszy krok do zmiany. Poradnik ten został przygotowany z myślą o osobach, które z powodu otyłości olbrzymiej przygotowują się do operacji bariatrycznej lub ją rozważają albo wspierają tych, których BMI (wskaźnik masy ciała) przekroczył 40 lub 35 i towarzyszą im powikłania otyłości. Wsparcie życzliwych bliskich jest nieocenione i kluczowe w procesie leczenia.

Otyłość to jedna z najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych, poważna choroba przewlekła, mająca swoje skutki zdrowotne w obszarze wszystkich narządów ciała człowieka. To także jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny.

Na świecie z nadwagą i otyłością zmagają się około 2,5 miliarda osób – dzieci i dorośli.

Według szacunków, w 2035 roku liczba ta osiągnie 4 miliardy.

Epidemia otyłości dotyczy również Polski. Zgodnie z danymi publikowanymi przez NFZ, GUS oraz NIZP PZH – PIB, nadmierną masę ciała ma około 60% dorosłych Polek i Polaków (około 20% ma otyłość), przy czym odsetek ten stale się zwiększa.

Bardzo niepokoi fakt, że tempo wzrostu występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w naszym kraju należy do najwyższych w Europie. Z prognoz dla Polski wynika, że w 2035 roku ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet będzie chorowało na otyłość. Oznacza to, że już niedługo co trzeci mężczyzna w Polsce będzie otyły.

Nie powinniście czuć się osamotnieni w swojej sytuacji, a my lekarze, wiemy o chorobie otyłościowej coraz więcej i mamy skuteczne narzędzia, by Wam pomóc.

Pamiętajcie tylko, że lekarz może być wsparciem w leczeniu, jednak każdego dnia to Wy podejmujecie decyzje – dobre lub niekorzystnie wpływające na stan Waszego zdrowia.

Zarówno nowoczesne leki do leczenia otyłości, jak i operacja bariatryczna są doskonałymi narzędziami, które wesprą proces redukcji masy ciała. To, czy uda się go zachować na długo – zależy od Waszych codziennych wyborów, od zmiany stylu życia, gdzie uregulujecie jakość i ilość jedzenia, wdrożycie aktywność fizyczną, zadbacie wspólnie z lekarzami o uzupełnienie niedoborów oraz leczenie chorób, które mogą wpływać na większe łaknienie i przybieranie na wadze.

Zachęcam do kompleksowego podejścia do redukcji, by nie była to akcja, lecz proces, w którym już będziecie przez całe życie. **Tycie i chudnięcie często bierze się z aktywnego podejścia – „wezmę się za siebie, schudnę i... wrócę później do wszystkiego, co lubię”.** Dlatego choroba otyłościowa ma tendencję do nawrotów, bo wiele czynników wpływa na to, że trudno nam wytrwać w postanowieniach dotyczących zdrowej diety i aktywności.

Dzisiaj wiemy, że zalecenie „jedz mniej i więcej się ruszaj” nie jest skuteczne. Mamy skuteczne leczenie farmakologiczne oraz chirurgię bariatryczną, ale to nie oznacza, że leki czy operacja niczym czarodziejska różdżka wyzwolą Was z otyłości. Tu ważne są działania kompleksowe, wcale „jedz mniej” nie musi być dobrym zaleceniem, ważniejsze jest zalecenie:

„jedz zdrowo, mądrze komponuj posiłki, dostarczaj odpowiednią dla Twojego zapotrzebowania liczbę kalorii oraz makroskładników i składników mineralnych”.

Apeluję byście Państwo nie pokładali nadziei w modnych dietach, szczególnie w tych, które zachęcają do wyeliminowania jakie-

gość składnika, ważne jest to, by jeść regularnie, w sposób zbilansowany. **Natomiast, jeśli zachęcałabym do eliminacji rzeczy, które zupełnie nie służą zdrowiu, to będą to: alkohol, papierosy i produkty z nikotyną oraz substancje psychoaktywne.** Jeśli zaś chodzi o wybory żywieniowe, zalecam wybór tego, co służy zdrowiu, co odżywia nasz organizm. Nie upatrujmy w jedzeniu nagrody czy pocieszenia, tego szukajmy poza kuchnią czy sklepem spożywczym. Zachęcam też do pracy z psychologiem, który pomoże ułożyć zdrowe relacje z jedzeniem i wesprze w pracy nad zachowaniem motywacji do pozostania po zdrowej stronie życia.

Chcę też zachęcić Was, żebyście szukali lekarza, który będzie Was wspierał w decyzji o leczeniu otyłości, to ważne, żebyście mogli szczerze rozmawiać o swoich objawach, samopoczuciu, żebyście nie czuli się oceniani czy obwiniani, a znaleźli w lekarzu sojusznika. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej organizuje wiele szkoleń dla lekarzy rodzinnych i POZ, żeby umieli jak najlepiej Wam pomagać. **Otyłość to skomplikowana choroba, przez lata bagatelizowana, a praca nad jej leczeniem opiera się na współdziałaniu lekarza, pacjenta, dietetyka, psychologa i całego zespołu specjalistów.**

Zachęcam też osoby, które kwalifikują się do operacji bariatrycznej, by wykorzystały wielką szansę, jaką ona za sobą niesie, a czas, kiedy będziecie tracić zbędne kilogramy przeznaczyli na przewarżenie codziennych wyborów, co pozwoli zachować efekt na długie lata.

Czy należy bać się operacji? Jeśli przygotujecie się do niej odpowiednio, zgodnie z zaleceniami, jeśli niczego nie będziecie ukrywali przed swoim lekarzem, to dzięki operacji dostaniecie szansę na nowe lepsze życie, ponieważ sam zabieg jest skuteczną i bezpieczną formą leczenia otyłości, a dobre przygotowanie redukuje ryzyko, jakie niesie za sobą każda procedura medyczna.

Otyłość ma ogromny wpływ na nasze zdrowie. Badania naukowe dowodzą, że istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia ponad 200 różnych powikłań i chorób.

To m.in. cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, udar mózgu, niewydolność serca, przewlekła choroba nerek, stłuszczenie wątroby, choroby pęcherzyka żółciowego, zapalenie trzustki, bezdech senny, choroby stawów i kości, zespół policystycznych jajników, niepłodność oraz niektóre nowotwory, jak np. raka jelita grubego, piersi czy macicy. Z powodu tych konsekwencji, szacuje się, że otyłość skraca życie średnio o dziesięć lat. Ponadto, osoby z nadwagą i otyłością mogą zmagać się z problemami psychicznymi, takimi jak depresja czy lęki, często doświadczają też trudności w relacjach społecznych. Dlatego otyłość trzeba leczyć, i to jak najwcześniej!

Leczenie otyłości to proces, który wymaga czasu i dużego zaangażowania wielu osób: samego pacjenta oraz całego zespołu specjalistów. Kluczowym etapem radzenia sobie z otyłością jest wczesna diagnostyka, w tym ocena masy ciała i wskaźnika BMI. Kolejne kroki obejmują edukację żywieniową i zmianę stylu życia, następnie farmakoterapię, a w bardziej zaawansowanych przypadkach – leczenie chirurgiczne.

Operacje bariatryczne są niezwykle istotnym elementem leczenia zaawansowanej otyłości, a w 2023 roku taki zabieg wykonano u 6,5 tys. pacjentów w Polsce (poza programem KOS-BAR). To wciąż bardzo niewielki odsetek chorych wymagających takiego leczenia. Warto pamiętać, że otyłość jest chorobą przewlekłą i pacjent po operacji bariatrycznej nadal wymaga opieki lekarza POZ. Regularne kontrole i monitorowanie pacjenta są bardzo ważne, aby zapobiec nawrotowi choroby. Wyśitek i środki finansowe włożone w zabieg bariatryczny zostaną stracone bez koordynacji i zaplanowania dalszej opieki ambulatoryjnej.

Jak przygotować się do operacji bariatrycznej? Jak przez nią przejść i jak żyć zdrowo po operacji?

Odpowiedzi na te pytania znajdziecie Państwo w tym poradniku. Publikacja ułatwi też zrozumienie przyczyn i mechanizmów choroby otyłościowej, pomoże rozpoznać możliwości pomocy oferowane przez współczesną medycynę, a także – mam nadzieję – pozwoli zredukować poczucie niepokoju, niepewności i lęku, które towarzyszą każdej zmianie. Warto korzystać też z pomocy oferowanej przez organizacje pozarządowe czy grupy wsparcia.

**Bardzo mocno trzymam kciuki za powodzenie
Waszych działań, bo otyłość to choroba,
którą trzeba leczyć, by cieszyć się lepszym zdrowiem
i samopoczuciem, a także – dłuższym życiem.**

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz Migas

Leczenie otyłości to zadanie na całe życie

Ewa Pol, prezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum zadała wiele pytań Eli Brzozowskiej, z którą współtworzy Kampanię Na Wagę Zdrowia. Dlaczego? Bo Ela ma własne doświadczenia z chorobą otyłościową i operacją bariatryczną, a ta rozmowa może Wam pomóc w podjęciu odpowiedniej dla Was decyzji o leczeniu otyłości.



Ewa Pol

Prezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum

Ela Brzozowska

Wiceprezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum
w 2019 roku przeszła operację bariatryczną

Elu, chciałabym z Tobą porozmawiać o chorobie otyłościowej, ale patrzę na Ciebie i nie wyglądasz na osobę, która cierpi na tę chorobę.

Choruję na otyłość od dzieciństwa i będę chorować całe życie. Jestem ponad pięć lat po operacji bariatrycznej i od tego czasu w remisji. Robię wszystko, żeby tę remisję, czyli zatrzymanie choroby, utrzymać jak najdłużej. Bo otyłość jest chorobą z tendencją do nawrotów. Pilnowanie, żeby choroba nie przejęła kontroli nade mną, jest zadaniem na całe życie. Operacja była najlepszą decyzją, jaką mogłam podjąć i gdyby można było cofnąć życie o parę lat, podjęłabym dokładnie taką samą decyzję, ale może zawalczyłabym o zdrowsze życie kilka lat wcześniej.

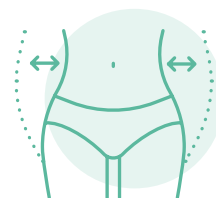
Czyli nie można wyzdrowieć, można wejść w remisję, tak?

Nie można wyzdrowieć, bo otyłość jest chorobą przewlekłą. Jest to choroba uwarunkowana genetycznie, hormonalnie, również emocjonalnie, jest więc wiele obszarów, którymi należy się zająć w procesie leczenia otyłości. Leczenia, nie odchudzania, bo otyłość się leczy i ja ją lecę. Dziś dobrze to rozumiem i wiem, że operacja bariatryczna oraz nowoczesne leki to doskonałe narzędzia, pomocne do tego, żeby z otyłością sobie poradzić i ją ujarzmić. Ja nadal lecę się za pomocą nowoczesnych analogów GLP-1, które pomagają mi w tym, żebym nie miała problemów z wyrzutami insuliny, z zespołem popositkowym i które pozwalają mi utrzymać masę ciała w ryzach. Ale oprócz operacji i farmakoterapii, kluczowa jest praca z własną głową. Bardzo dużo zależy od tego, na ile jesteśmy przez cały czas skupieni na procesie leczenia otyłości, na uważności na to, co jemy, czy odpowiednio dużo się ruszamy, czy dobrze śpimy, czy dostarczamy sobie innych przyjemności niż te związane z jedzeniem, słodyczami czy napojami, również alkoholowymi. Konieczne jest mądre ułożenie sobie relacji z jedzeniem,

a w tym bardzo pomogła mi moja psycholożka Agnieszka Węgiel, która jest patronką naszej Kampanii Na Wagę Zdrowia. Agnieszka Węgiel pracowała ze mną przed operacją, pomagała po operacji, a dziś w grupie wsparcia „ChLO starszaki”, dla osób, które są już kilka lat po operacji, wspólnie dyskutujemy, co w tych naszych głowach się dzieje takiego, że nasz gadzi umysł ciągle próbuje wracać na stare, dobrze znane tory, po to, żeby wrócić do otyłości. Bo otyłość jest właśnie taką upartą chorobą, która chce wrócić, ale ja jej nie mogę na to pozwolić.

Wspomniałaś o operacji bariatrycznej. Jaką drogą doszłaś do tej decyzji?

Ponieważ otyłość towarzyszyła mi od dzieciństwa, to oczywiście wielokrotnie w ciągu swojego życia próbowałam radzić sobie z nią różnymi metodami – dietami, również tymi bardzo restrykcyjnymi, wszystkimi dostępnymi na tamte czasy lekarstwami. I byłam jak harmonia – rozszerezałam się i zmniejszałam, chudłam i tyłam. Raz



wdrażałam bardzo duży reżim, a następnie wracałam do swoich nawyków żywieniowych. Przyszedł moment, w którym moja waga była już trzycyfrowa i bardzo trudno było mi chudnąć, za to bardzo łatwo było tyć. Bardzo się wtedy nie lubiłam, nie akceptowałam, źle się ze sobą czułam, czułam się niesprawna, obolała, nie mogłam patrzeć na siebie na zdjęciach, czułam wstyd, że nie umiem zapanować nad łaknieniem i wagą, przyjemność z jedzenia przeplatała się z poczuciem winy i bezradności. Na szczęście spotkałam osoby, które były po operacji bariatrycznej lub znały kogoś, kto był po takiej operacji, i zaczęłam się zastanawiać, czy to nie jest rozwiązanie dla mnie. Dzisiaj wiem, jak ważna jest rozmowa z kimś, kto już przeszedł tę drogę, dlatego postanowiłam oddać innym to, co sama dostałam kilka lat

temu. Czytałam wywiady z profesorem Mariuszem Wyleżo-
tem, który później mnie operował, słyszałam w jego głosie
pełne zrozumienie dla chorych, empatię, wielkie doświad-
czenie, czułam, że mogę panu profesorowi zaufać i powie-
rzyć w jego ręce swoje życie. Rozmawiałam też z osoba-
mi po operacjach bariatrycznych na zamkniętych grupach
na Facebooku, dzisiaj współmoderuję jedną z takich grup,
która liczy blisko 3,5 tys. członków, a jej założycielka Jola
była dla mnie przewodniczką przed operacją, którą przeszła
krótko przede mną. Zachęcam osoby rozważające operację
bariatryczną do dołączenia do grupy (chlo-bariatria) - Znowu
chciałam Po prostu Być...



Podjęłam decyzję o operacji, ale na tyle jednak się jej bałam,
że w 2018 roku uciekałam od operacji, wierząc, że znowu uda
mi się schudnąć. I rzeczywiście schudłam 25 kg na diecie
Dąbrowskiej, po czym znowu przytyłam 12 kg. I wtedy
stwierdziłam, że nie ma innego ratunku dla mnie niż opera-
cja. Skonsultowałam się z prof. Wyleżołem, który poświęcił
mi wystarczająco dużo czasu, żeby zminimalizować ryzyka

związane z operacją, bo przecież przy każdej operacji ryzyko
jest, i który ze świętą cierpliwością odpowiadał na wszyst-
kie pytania, których miałam mnóstwo.

Bardzo żałuję, że w Polsce niewielu pacjentów słyszy od
swojego lekarza pierwszego kontaktu rekomendację, żeby
zacząć leczyć otyłość, żeby pójść do poradni bariatrycznej,
do poradni leczenia otyłości. A myślę, że taka propozycja
powinna wychodzić właśnie od lekarza pierwszego kontak-
tu. Jeśli cierpisz na otyłość olbrzymią, czyli Twoje BMI wyno-
si 40+ lub 35+ i masz choroby będące powikłaniem otyłości,
poproś lekarza rodzinnego o skierowanie z kodem E.66 do
poradni bariatrycznej.

**Wróćmy jeszcze do tematu diet – podejmowałaś wcze-
śniej próby odchudzania się i jaki był tego efekt?**

Tak, odchudzałam się wielokrotnie. **Myślę, że nie było
takiej diety, której bym na sobie nie wypróbowała.** Były
też konsultacje dietetyczne, aktywność fizyczna, włączana
nie z miłości do niej i potrzeby ruchu, ale z musu i rozsąd-
ku. Myślę, że lepiej jest przepracować w głowie, dlaczego
pewne rzeczy warto robić i zinternalizować taką potrzebę,
a nie robić tego z zaciśniętymi zębami.

Jestem z rodziny naznaczonej otyłością. Mój tata chorował
na otyłość i zmagał się z nią przez wiele lat. Moja babcia
chorowała na cukrzycę i była otyła. Mojej mamy siostra jest
otyła. Moja mama choruje na cukrzycę, ale pięknie potrafi
trzymać sylwetkę. Potrafi robić to, czego ja od dziecka nigdy
nie potrafiłam. Potrafi zjeść jedną kostkę czekolady, a resz-
tę zostawić na następne dni. Natomiast ja, jak miałam coś
słodkiego, to musiałam zjeść to do końca. Byłam grubym
dzieckiem i nigdy nie zapomnę, jak jako mała dziewczyn-
ka przy różnych ćwiczeniach w przedszkolu widziałam ten

wiszący, tłusty brzuch, którego nienawidziłam, i marzyłam o tym, że kiedyś wymyślą taką maszynkę i mi go obetną.

Wracając do tematu wielokrotnych prób odchudzenia – bardzo mądrze powiedział profesor Wyleżoł, czym przekonał mnie do operacji: jeśli patrzemy na oś czasu i widzimy postęp wzrostu masy ciała, pomimo wielokrotnego odchudzenia, to jest to powód, dlaczego warto dać sobie szansę, jaką jest operacja bariatryczna.

Czyli przyszedł ten dzień, w którym stwierdziłaś, że samymi dietami już nic nie zmienisz?

Tak to był 2018 rok, i poszłam na konsultację do uznanego bariatry, to było zanim poprosiłam o pomoc prof. Wyleżoła. Profesor wyznaczył termin operacji i w związku z moim uzależnieniem od słodczy wybrał operację gastric bypass. Ja się tej operacji potwornie bałam i dlatego postanowiłam znowu działać na własną rękę, wymyśliłam post Dąbrowskiej. Jak po każdej akcji z kolejną dietą, schudłam i zaczęłam tyć, wtedy poszłam po pomoc do profesora Wyleżoła. Dzisiaj już wiem, że dieta to nie akcja ani nie eliminacja, to sposób odżywiania na stałe. Wtedy nie było jeszcze programu KOS-BAR, więc żartuję, że KOS-BAR zrobiłam sobie sama. Program opieki koordynowanej to wielkie dobrodziejstwo, możliwość wielospecjalistycznego wsparcia pacjenta z otyłością, warto z niego korzystać i ważne, by decydenci zapewnili jego ciągłość.

Co było dla Ciebie najtrudniejsze przed podjęciem decyzji o operacji bariatrycznej?

Miałam ogromne wątpliwości, czy powinnam podejmować takie ryzyko. Miałam wtedy małe dzieci i bałam się, że operacja może być niebezpieczna dla mojego życia. Myślałam: a co, jeśli chcąc schudnąć, poddam się operacji, której

Miałam ogromne wątpliwości, czy powinnam podejmować ryzyko operacji.



nie przeżyję? Dlatego bardzo ważne jest to, aby trafić na takiego lekarza, który nie będzie obśmiewać naszych pytań i będzie cierpliwie na nie odpowiadał i który też zadba o właściwe przygotowanie do zabiegu. Kluczowe jest też to, żeby pacjent niczego nie zatajał, co dotyczy jego zdrowia fizycznego i psychicznego. Pierwszy lekarz, na którego trafiłam, wychodził z założenia – albo się Pani decyduje albo nie. Na dodatek, ponieważ moim problemem było uzależnienie od słodczy, pan profesor zaproponował mi operację polegającą na wyłączeniu żołądkowo-jelitowym, argumentując, że jest to najczęściej wykonywana operacja w Stanach Zjednoczonych u pacjentów, którzy nie tyle mają problem z nadmierną ilością spożywanego jedzenia, ile z nadmierną podażą cukru i węglowodanów prostych. Natomiast ja bardzo się bałam tego typu operacji, bo wiedziałam z relacji

pacjentów, o tym jak trudno jest po niej zapewnić swojemu organizmowi odpowiednie składniki, że dochodzi do niedoborów, że są pacjenci, którzy mają problemy z funkcjonowaniem, ze wstaniem z łóżka. Na moje obawy i wątpliwości niestety tamten pan profesor nie był w stanie udzielić mi wyjaśnień, usłyszałam jedynie: „jak się Pani zdecyduje, to proszę przyjść”. Nigdy do niego nie wróciłam, poszłam do profesora Wyleżoła. W okresie przygotowania do operacji, który wynosił dziewięć miesięcy, miałam szansę zadać panu profesorowi wszystkie możliwe pytania, które mi się nasuwały, a pan profesor cierpliwie na nie odpowiadał. Myślę, że rozmowa z pacjentem jest kluczem do sukcesu, także do utrzymania choroby w remisji. Nie ma głupich pytań, mamy prawo zapytać o wszystko, co nas nurtuje, żeby podjąć właściwą dla siebie decyzję.

Od kiedy publicznie ujawniłam informację o przebytej operacji, wiele osób do mnie pisze, dzwoni, konsultuje swoją sytuację i czasem są to osoby, które chciałyby się zoperować szybko, spontanicznie... no właśnie. Mój czas przygotowania do operacji wynosił dziewięć miesięcy, dlatego, że pan profesor bardzo wnikliwie mnie badał. Wysłał mnie do specjalistów w związku z moimi różnymi chorobami, które mi towarzyszą, po to, żeby ci specjaliści też się wypowiedzieli, czy nie widzą przeciwwskazań lub żeby wdrożyli leczenie, które dobrze przygotowuje mnie do operacji. Byłam u flebologa, kardiologa, ginekologa, endokrynologa, miałam wykonanych wiele badań i było to bardzo potrzebne dlatego, że dało mi poczucie bezpieczeństwa. Wiedziałam, że dzięki temu ryzyko powikłań jest zminimalizowane i jestem wdzięczna panu profesorowi za to, że podchodzi do bezpieczeństwa swoich pacjentów w sposób tak poważny.

Zdecydowałaś się na operację. Jak wyglądał ten proces i Twój pobyt w szpitalu?

Pobyt w szpitalu był krótki i to mnie bardzo zaskoczyło. Pierwszego dnia przyszedłam do szpitala, następnego była operacja i wydaje mi się, że kolejnego dnia już opuściłam szpital. To było dla mnie zaskakujące, ale wiem, że ważne jest,



żeby pacjent jak najszybciej pionizował się, zaczął spacerować, żeby był w swoim środowisku domowym i nie był narażony na atak ze strony bakterii szpitalnych. Nie pamiętam, żebym jakoś szczególnie doświadczyła bólu, ale wiem, że to jest kwestia indywidualna. Wiem, że są pacjenci, którzy wspominają ten czas jako czas bólu, ale ja po

operacji po wyjściu do domu nie przyjąłam ani jednej tabletki przeciwbólowej. Pamiętam, że na sali pooperacyjnej wymiotowałam i podszedł do mnie pan profesor, położył rękę na mojej ręce i powiedział „Pani Elu, proszę nie wymiotować. To bardzo może zaszkodzić operacji”. Domyślałam się, że dostałam potem leki przeciwwymiotne, ale też to ciepło, empatia i stanowczość pana profesora spowodowała, że postanowiłam więcej nie wymiotować. Bardzo szybko się spionizowałam, bo dla mnie wstydliwe było korzystanie z pomocy pań pielęgniarek podczas czynności fizjologicznych.

Po trzech dniach byłaś już w domu. Jak wyglądają pierwsze tygodnie po operacji?

Byłam stabiutką, bo na początku po operacji miałam dietę płynną, z bardzo niską podażą kalorii. Ale jest też zalecenie, że jeżeli czujemy się na siłach, to warto zrobić trochę kroków w ciągu dnia. Pamiętam, że rodzina wyprowadziła mnie do lasu i pomyślałam, że fajnie, że mogę chodzić. Później, po operacji bardzo ważna jest praca z psychologiem. Ja zaczęłam taką pracę jeszcze przed operacją. Niezwykle istotne

jest, żeby to nie był pierwszy lepszy psycholog, tylko taki, który umie pomagać ludziom z zaburzeniami odżywiania i pomaga w ułożeniu relacji z jedzeniem. Pracowałam także z dietetyczką, która pomogła mi odpowiednio zbilansować posiłki i wdrożyć kolejne etapy diety.

Jak wygląda dieta po operacji?

Przez pierwsze kilka dni jest to dieta płynna, później półpłynna na przykład zmiksovane zupy, a później można jeść wszystko. Mitem jest to, że pacjent po operacji bariatrycznej do końca życia może jeść tylko zupki i papki. To stereotyp, który jest niepotrzebnie powtarzany.

Ja rozszerzałam dietę pod nadzorem dietetyczki i wszystkim polecam zarówno przygotowanie do operacji pod nadzorem dietetyka, jak i kontynuowanie tej współpracy po operacji. Dietetyk nadzoruje utratę masy ciała oraz włączanie poszczególnych produktów i dba o odpowiednie zbilansowanie diety, tak żeby zapewnić właściwą podaż białka, które jest nam, pacjentom bariatrycznym, bardzo potrzebne przez całe życie i musimy pamiętać, żeby to białko sobie dostarczać.

Z perspektywy ponad pięciu lat, które minęły od operacji, jak wspominasz te wszystkie obawy, które Ci towarzyszyły przed zabiegiem? Czy było się czego bać?

Myślę, że trzeba zrobić wszystko, aby wyeliminować ryzyko i wybrać dobry ośrodek z doświadczonym specjalistą, którego można zapytać o wszystko. I niczego nie wolno ukrywać, bo wiem, że są tacy pacjenci, którzy ukrywają jakieś choroby, problemy, które mają, bo chcą szybko mieć operację, a to właśnie rodzi ryzyko powikłań. Lepiej odczekać, wyleczyć pewne rzeczy i w odpowiednim czasie iść na operację. Ja miałam poczucie, że idę na operację, mając te wszyst-

kie ryzyka zminimalizowane, ale jak każdy człowiek, który wie, że będzie miał pełną narkozę i nieodwracalną ingerencję w swoje ciało, oczywiście się bałam. Natomiast dziś na pewno nie żałuję tej decyzji, to było najlepsze, co mogłam zrobić dla swojego zdrowia fizycznego i psychicznego.

No właśnie – dataś się pokroić...

Tak... Najgorsze, jest to, że tak mówią lekarze. I to mnie przeraża. Pacjenci chorzy na serce też dają się pokroić i ci, którym choruje wątroba też mają operacje. Ludzie mówią: „no przecież to był zdrowy organ”. No, nie był zdrowy, bo produkował zdecydowanie za dużo hormonu, który nazywa się grelina i który powoduje, że chorujący na otyłość rzeczywiście ciągle odczuwają niedosyt jedzenia. I tak jest, że jedni tej greliny mają więcej, a inni mniej. Dziś nie mówi się już, że jest to operacja zmniejszenia żołądka, bo nie chodzi o tę fizyczną zmianę, ale o to, żeby wyciąć te miejsca, gdzie znajdują wyspy produkujące grelinę, które ciągle wołają do naszego mózgu, żebyśmy jedli. Ale po jakimś czasie po operacji grelina zaczyna być produkowana w innych miejscach i dlatego tak ważne jest przygotowanie psychologiczne i dietetyczne, żeby nie wrócić do starych nawyków.

W przygotowaniach i później po operacji towarzyszyli Ci lekarz, dietetyk, psycholog. Czy potrzebne jest jeszcze jakieś inne wsparcie?



Myślę, że dobrze jest mieć w życiu przyjaciela na zawsze – na każdy problem i na te dobre chwile. Mam szczęście, bo mam Ciebie i byłaś cały czas przy mnie, podobnie jak moja najbliższa rodzina – mąż i dzieci. Gdybym nie miała od Was wsparcia, na pewno byłoby mi trudniej podjąć decyzję. Te dziewięć miesięcy przygotowań to były ciągłe

rozterki i wątpliwości, i dobrze jest mieć z kim o tym wszystkim porozmawiać. Mam też taką strategię, że jeżeli podejmuję decyzję, która może wywołać kontrowersje, to nie dzielę się informacją o niej z otoczeniem, bo nie potrzebuję słuchać wątpliwości osób, które albo nie są dla mnie merytorycznym autorytetem albo, które obdarowują mnie swoimi lękami i strachem, nie mając wiedzy, choć mają dobre intencje. Bardzo potrzebne jest wsparcie emocjonalne i poczucie, że jest ktoś, do kogo można zadzwonić i powiedzieć, co czujemy, z jakimi myślami się bijemy. I żeby w rodzinie był dobrze zrozumiany cel operacji. Często dziewczyny, które spotykałam w grupach bariatrycznych mówiły, że nie miały wsparcia od męża, od rodziców, od rodzeństwa. Były krytykowane, że właśnie dają się pokroić, ryzykują życiem, a przecież mają dzieci, że robią to dla wyglądu, a mogą stracić życie. I ja, nakarmiona tymi wszystkimi lękami, pytałam o to pana profesora, który wyjaśnił mi, że ryzyko związane z operacją bariatryczną jest niższe niż ryzyko przy usunięciu woreczka żółciowego, czyli przy jednej z najczęściej w Polsce wykonywanych operacji, dla której ryzyko powikłań wynosi 1%. Więc to ryzyko jest małe, a możemy je jeszcze zminimalizować, wybierając dobry ośrodek, doświadczonego chirurga i wykonując odpowiednie badania diagnostyczne. Bardzo ważne jest to, aby zadawać merytoryczne pytania lekarzom, a te emocjonalne rozkminy mieć z kim przegadać i bardzo dziękuję Ci za to, że byłeś ze mną przez ten cały czas.

Elu, a może operacja to magiczna różdżka, dzięki której wszystko się zrobi za Ciebie?

Operacja bariatryczna to jest doskonałe narzędzie, fantastyczne wsparcie w leczeniu otyłości olbrzymiej. Istnieją konkretne kryteria kwalifikacji pacjenta do takiej operacji: to BMI powyżej 40, albo tak jak w moim przypadku – BMI

powyżej 35 i choroby towarzyszące. Mówienie tym pacjentom, że wystarczy przejść na dietę i trochę się poruszać (co może skończyć się przede wszystkim kontuzją), nie jest dobrą radą. Takiego pacjenta trzeba leczyć.

Ja dzięki operacji odzyskałam życie, odzyskałam siebie, akceptację siebie, swojego wyglądu. Odzyskałam też zdrowie, bo wiele objawów, które miałam wcześniej, czy wręcz chorób, ustąpiło. Nie mam już insulinooporności, nie mam już takiego bólu kręgosłupa, jaki miałam wcześniej i zaczęłam robić rzeczy, których wcześniej nie mogłam robić z powodu dużej masy ciała. Ruch nie był moim sprzymierzeńcem. Dziś z wielką przyjemnością biegam cztery razy w tygodniu na tenisa. Moja psycholożka odchudzania Agnieszka Węgiel nauczyła mnie, żeby każdego dnia znajdować coś,

Dziś z wielką przyjemnością biegam cztery razy w tygodniu na tenisa.



co sprawia przyjemność. Tenis to ruch i kontakt z fajnymi ludźmi – trenerem Krzysztofem i koleżankami, to jest wysiłek, śmiechoterapia i wsparcie w trudniejszych chwilach. Nasycenie ośrodka przyjemności sprawia, że nie muszę już sięgać po przyjemności w postaci słodyczy. Operacja daje więc wielką szansę, ale od nas zależy, czy z tej szansy skorzystamy.

Jest wiele grup wsparcia na Facebooku, o których wspomniałaś. Czy warto czerpać wiedzę z tych źródeł?

Uważam, że warto tam zaglądać, bo są to miejsca, gdzie w bezpieczny dla siebie i intymny sposób można podzielić się swoimi wątpliwościami i pytaniami, które być może są wstydliwe do zadania lekarzowi. Ale też warto mieć świadomość, że nie wszyscy w tych grupach mają rzetelną wiedzę. Ja miałam to szczęście, że matką chrzestną mojej operacji była Małgosia, dziennikarka zdrowotna, której syn przeszedł operację bariatryczną i ona była dla mnie bardzo wiarygodnym źródłem informacji. Rozmawiałam też z Michałem, czyli jej synem, który odpowiedział mi na wszystkie możliwe pytania i ugasił potęgający się przed operacją stres i lęk. Małgosia skontaktowała mnie również z Magdą Gajdą – ikoną w temacie leczenia otyłości i bariatrii. Magda, sama będąc po operacji bariatrycznej, edukowała pacjentów i dla mnie rozmowa z nią była bardzo cenna, bardzo wiarygodna, pokazująca „za” i „przeciw”. Ale jestem też bardzo wdzięczna dziewczynom, z którymi się kontaktowałam, z grup wsparcia. Myślę, że lepsze są grupy mniej liczne, np. przy ośrodkach bariatrycznych. Dla mnie bardzo pomocna była Kasia Głowińska, która założyła grupę przy szpitalu, w którym byłam operowana, czyli Szpitalu Czerniakowskim. Jestem jej wdzięczna za to, że chciało jej się przyjść do mnie i osobiście porozmawiać, kiedy byłam już na oddziale. To było coś bezcennego.

ZDROWIE. BEZPIECZEŃSTWO PRAWO. PRZYSZŁOŚĆ



Za działania prospołeczne otrzymałam kilka nagród, które motywują do dalszej pracy na rzecz innych.

Myślę, że informacji warto szukać w rzetelnych źródłach, takich jak na przykład nasza Kampania Na Wagę Zdrowia. To doskonałe źródło informacji dla osób, które myślą o operacji oraz dla tych, którzy są już po operacji, ale przybierają po kilku latach na wadze. Oczywiście nie udzielamy porad medycznych, ale dostarczamy rzetelnej, eksperckiej wiedzy. Bo nie czarujmy się, są po operacji sytuacje, kiedy zaczynamy tyć. Eldorado trwa dwa lata, kiedy „samo się” chudnie, a po dwóch latach trzeba włożyć bardzo dużo wysiłku w to, żeby nie wrócić do starych nawyków. I są grupy, które mogą być w tym bardzo pomocne. Ja należę do takiej grupy, która nazywa się „CHLO starszaki” i jest prowadzona przez psycholożkę odchudzania Agnieszkę Węgiel.

**W naszej Kampanii Na Wagę Zdrowia
wspieramy się wiedzą i doświadczeniem
autorytetów – lekarzy, dietetyków, psychologów.**

Zapraszamy więc na stronę kampanii
www.nawagezdrowia.pl

lub na stronę internetową naszej
Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum
www.zdowieiedukacja.org

oraz na profile w social mediach



pod nazwą Kampania Na Wagę Zdrowia.

„Jeśli chcesz
- znajdziesz
sposób,
jeśli nie chcesz
- znajdziesz
powód”

Uzgodnienie z samym sobą, że chcesz, to pierwszy krok. Potem trzeba jeszcze zgromadzić zasoby (np. pomocnych ludzi, wiedzę, co i jak można zrobić), ustalić realistyczne cele i konkretny plan działania, a także strategię na wypadek niepowodzeń.



Prof. dr hab. Monika Bąk-Sosnowska

psycholożka kliniczna, psychoterapeutka,
Sekretarz Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Czy każda osoba chorująca na otyłość jest uzależniona od jedzenia?

Nie, przypisywanie każdej osobie chorującej na otyłość uzależnienia od jedzenia nie jest zgodne z prawdą. Choroba otyłościowa może wynikać z wielu przyczyn, często współwystępujących ze sobą. Są to przyczyny biologiczne, środowiskowe, również psychologiczne – a wśród nich, czasem także uzależnienie od jedzenia. Szacuje się, że dotyczy ono około 30% osób chorych na otyłość i charakteryzuje się symptomami typowymi dla każdego innego uzależnienia. Należą do nich, między innymi, uporczywe pragnienie określonego pokarmu lub pożywienia w ogóle, jedzenie w większych ilościach niż planowano, nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania jedzenia, podporządkowanie jedzeniu innych aktywności życiowych (zawodowych, społecznych, rekreacyjnych) a nawet zaniedbywanie ich czy porzucanie, jeśli kolidują z możliwością jedzenia, wreszcie jedzenie, aby ukoić psychiczne cierpienie i doświadczyć emocjonalnej ulgi. Uzależnienie zmienia sposób postrzegania otaczającego świata (np. jako nadmiernie wymagającego), utrudnia branie odpowiedzialności za swoje życie, a jednocześnie powoduje złudne poczucie kontroli, również nad nałogiem. Jest chorobą, która niszczy poczucie wartości osoby, która się z nią zмага, ale często również jej relacje społeczne, rodzinne. Dzieje się tak dlatego, że przedmiot uzależnienia (w tym przypadku pożywienie lub czynność jedzenia), zajmuje pierwsze miejsce w życiu osoby chorej – podporządkowuje sobie jej pragnienia, emocje, myśli i działania. Zatem, jeśli istnieje podejrzenie, że osoba chorująca na otyłość zмага się z uzależnieniem od jedzenia, wskazane jest przeprowadzenie diagnozy w tym kierunku, a następnie podjęcie leczenia.



Jaki specjalista będzie najbardziej odpowiedni, aby leczyć uzależnienie od jedzenia?

W pierwszej kolejności należy wymienić terapeutów uzależnień – specjalizują się oni w tej dziedzinie, znają i rozumieją mechanizmy psychologiczne leżące u podłoża nałogu oraz są wyszkoleni do tego, aby pomóc pacjentowi stawić im czoła. Profesjonalną pomoc będą w stanie zaoferować również lekarze psychiatry, psycholodzy kliniczni oraz psychoterapeuci, którzy mają doświadczenie w pracy z osobami chorującymi na uzależnienia. W leczeniu uzależnień doskonale sprawdzają się również różne formy pracy grupowej, np. grupy terapeutyczne, grupy wsparcia czy grupy samopomocowe.

W leczeniu uzależnień doskonale sprawdzają się różne formy pracy grupowej.



Aktualnie, niektóre z nich funkcjonują również online, co może ułatwiać dostęp i regularne uczestnictwo.

Inną psychologiczną przyczyną otyłości są zaburzenia odżywiania się – czym się charakteryzują i czy są innym określeniem niezdrowych nawyków żywieniowych?

Zdecydowanie nie. Niezdrowe nawyki żywieniowe dotyczą zachowań, które chociaż się utrwały, pozostają pod kontrolą osoby, czyli są możliwe do zmiany. Należą do nich np. niewłaściwe komponowanie posiłków (np. nadmiar węglowodanów, brak warzyw), zbyt szybkie tempo jedzenia, za duże porcje. Z kolei zaburzenia odżywiania się to niepoddające się kontroli zachowania związane z przejadaniem się (również ograniczaniem pożywienia), którym towarzyszy najczęściej zatroskanie rozmiarem własnego ciała. Do rozwoju otyłości może przyczynić się kilka zaburzeń odżywiania się. W pierwszej kolejności – zaburzenie z napadami objadania się, określane wcześniej kompulsywnym jedzeniem. Polega ono na występowaniu epizodów niepohamowanego jedzenia, w trakcie których osoba je aż do nieprzyjemnego uczucia pełności, szybciej niż normalnie, często bez uczucia fizycznego głodu, najczęściej w samotności, oraz odczuwa z tego powodu wstyd i poczucie winy. Podobne symptomy występują w bulimii psychicznej z tym, że w tym wypadku po epizodzie przejedzenia występują tzw. czynności kompensacyjne, czyli wymiotowanie, przeczyszczanie się, intensywne ćwiczenia fizyczne. Kolejnym zaburzeniem jest syndrom jedzenia nocnego, który niekoniecznie wiąże się z jedzeniem wyłącznie w nocy. Chodzi raczej o to, że większość pożywienia spożywana jest w godzinach popołudniowych i wieczornych, zaś rano występuje jadłowstręt. Towarzyszy temu pogarszanie się nastroju wieczorem oraz

problemy ze snem. Zaburzenia odżywiania się często współwystępują z otyłością i zwykle przyczyniają się do jej rozwoju, ale czasem odwrotnie – to nadmierna masa ciała i wielokrotne próby jej redukcji, sprzyjają rozwojowi zaburzeń odżywiania się. Niezależnie od kolejności – jeśli osoba chorująca na otyłość podejrzewa u siebie zaburzenia odżywiania się, powinna skonsultować się z lekarzem psychiatrą, psychologiem klinicznym lub z doświadczonym w tym obszarze psychoterapeutą, aby takie zaburzenia zdiagnozować i odpowiednio leczyć.

Jak przejawia się zatroskanie rozmiarem własnego ciała, które często towarzyszy zaburzeniom odżywiania się?

Możemy mówić o zatroskaniu rozmiarem ciała, ale w wielu przypadkach wręcz o zaburzeniach obrazu własnego ciała. Charakteryzują się one przede wszystkim negatywnym stosunkiem do swojego ciała – krytycznymi myślami o ciele, uczuciami złości, obrzydzenia, wstrętu wobec ciała, unikaniem patrzenia na swoje ciało i troszczenia się o nie. Towarzyszy temu nieadekwatna ocena wielkości



własnego ciała – w przypadku otyłości polegająca często na zaniżaniu faktycznych jego rozmiarów. Może to wynikać z braku wiedzy o własnym ciele, spowodowanym unikaniem regularnego ważenia się, oglądania swojego ciała w lustrze, fotografowania się. Powstaje

wtedy rodzaj błędnego koła – osoba ma tak bardzo negatywny stosunek do swojego ciała, że nie chce na nie patrzeć i się nim zajmować, jednocześnie nie zdając sobie sprawy, jak jej ciało zmienia się w czasie, co z kolei utrudnia zatrzymanie negatywnych konsekwencji choroby i wprowadzenie pożądanых zmian. Wiele osób chorujących na otyłość, zwłaszcza kobiet, „zostawia sobie życie na później”- na czas

po „schudnięciu”. Dopiero wtedy planują pozwolić sobie na kupno nowej sukienki czy pójście na masaż, dopiero wtedy planują dać sobie prawo do zajmowania się swoim ciałem i pokazywania go publicznie. Tymczasem życie toczy się teraz. I każda zmiana zaczyna się teraz. Od małego kroku. Od stanięcia odważnie na przeciwko tego, co trudne, i podjęcia decyzji, aby to zmienić.

Jakie inne zaburzenia czy problemy psychiczne mogą towarzyszyć chorobie otyłościowej?

Przede wszystkim należy wymienić depresję. Jej związek z otyłością jest dwukierunkowy, co oznacza, że może ona być zarówno przyczyną, jak i konsekwencją otyłości. Współwystępująca z otyłością depresja utrudnia redukcję masy ciała, ale przede wszystkim istotnie pogarsza samopoczucie psychiczne i jakość życia pacjenta, ogranicza jego aktywność we wszystkich sferach funkcjonowania. Inne zaburzenia, które mogą towarzyszyć otyłości to ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi), zaburzenia osobowości (np. borderline), czy zaburzenia lękowe. Szacuje się, że różnego rodzaju problemy zdrowia psychicznego dotyczą około 40% mężczyzn i nawet 60% kobiet chorujących na otyłość. Są one zatem dość powszechne, nie ma powodu, aby się ich wstydzic lub je ukrywać. Każda osoba, która czuje się źle psychicznie ma prawo do opieki medycznej i psychologicznej tak samo, jak w przypadku, kiedy choruje ciało.



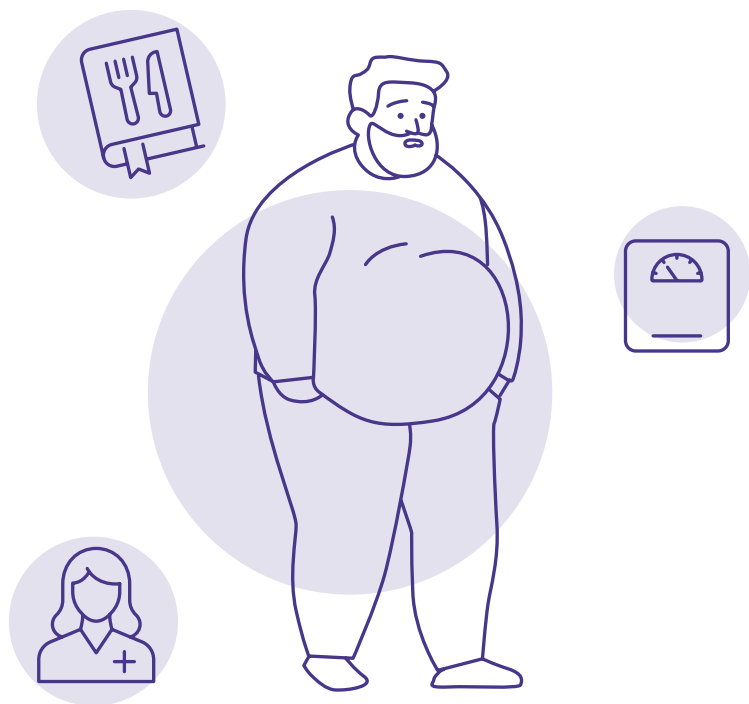
Czy leczenie otyłości to również leczenie psychiki i emocji?

Nie każda osoba chorująca na otyłość potrzebuje psychoterapii. Ta, jest zalecana w przypadku obecności zaburzeń

natury psychicznej, między innymi takich, o których była mowa wcześniej. Jednak każdy, kto decyduje się na ważne życiowe zmiany, skorzysta otrzymując wsparcie psychologiczne – nie tylko od najbliższych, ale również od profesjonalistów, np. od zespołu terapeutycznego leczącego otyłość. Psycholog, który jest częścią takiego zespołu, może towarzyszyć pacjentowi w procesie zmiany, pomagając mu rozpoznać niekorzystne mechanizmy psychologiczne podtrzymujące problem (np. błędne przekonania o sobie czy o jedzeniu), zmienić nawyki na bardziej zdrowe, czy lepiej radzić sobie ze stresem i napięciem psychofizycznym. Praca z psychologiem powinna przyczynić się również do zwiększania samoświadomości pacjenta, ponieważ tylko wtedy, gdy rozpoznajemy własne przekonania, emocje, utrwalone reakcje, jesteśmy w stanie je celowo zmieniać w pożądanym sposób. Jedną z najważniejszych kwestii dotyczy również skutecznego regulowania swoich emocji. Kiedy człowiek często doświadcza silnych, negatywnych emocji, czuje się przez nie przytłoczony, osaczony, bezradny i nie jest przez to w stanie kontynuować swoich bieżących aktywności, w sposób naturalny szuka ulgi, ucieczki od cierpienia. Wybiera wtedy automatycznie te sposoby, które kiedyś zadziałały, a potem się utrwaliły, takie jak np. nadmierne jedzenie czy spożywanie słodczy. Chociaż te sposoby mogą przynieść chwilowe ukojenie, prowadzą do dalszych, negatywnych konsekwencji. Dlatego tak ważne jest, aby nauczyć się, jak regulować swoje emocje, czyli mówiąc obrazowo – jak je przez siebie przepuszczać, przekierowywać i przekształcać w energię do działania. Zachowanie często może zmienić się trwale dopiero wtedy, gdy zmieniają się emocje motywujące do tego zachowania, a jeszcze wcześniej – również myśli i przekonania, wywołujące te emocje.

Czy to oznacza, że deklaracja zmiany to za mało?

To zdecydowanie za mało! Może wystarczyć na pewien czas, ale jeśli za tą deklaracją nie stoją określone wartości życiowe oraz związane z nimi przekonania i emocje – nie będziemy w stanie kontynuować żadnego zadania na dłuższą metę, zwłaszcza jeśli wymaga ono wysiłku i nie przynosi od razu spektakularnych efektów. Jest takie powiedzenie, które świetnie to obrazuje: „Jeśli chcesz - znajdziesz sposób, jeśli nie chcesz – znajdziesz powód”. Uzgodnienie z samym sobą, że chcesz, to pierwszy krok. Potem trzeba jeszcze zgromadzić zasoby (np. pomocnych ludzi, wiedzę, co i jak można zrobić), ustalić realistyczne cele i konkretny plan działa-



nia, a także strategię na wypadek niepowodzeń. Bo one mogą zdarzyć się przy każdej zmianie, są częścią procesu – jak nawroty przy leczeniu chorób przewlekłych, do których przecież należy otyłość. W tym miejscu warto również wspomnieć o znaczeniu kontekstu, w którym żyje osoba dokonująca zmiany. Kontekst to osoby, które nas otaczają – ich nastawienie do nas i gotowość wspierania, kontekst to warunki życia – przestrzeń życiowa, którą mamy do dyspozycji, finanse, które możemy zainwestować, aby wspomóc zmianę. Kontekst to wreszcie praca zawodowa, którą wykonujemy, to możliwość odpoczynku i relaksu. Wszystkie te czynniki uczestniczą w procesie zmiany, dlatego warto się nad nimi zastanowić i uwzględnić je w planowaniu.

Część pacjentów w swoim procesie zmiany przejdzie operację bariatryczną. Jak im może pomóc psycholog?

To wszystko, co zostało opisane powyżej, odnosi się również do pacjentów leczonych operacyjnie z powodu otyłości. Samo zmniejszenie żołądka czy ograniczenie wchłaniania w przewodzie pokarmowym nie zmienia automatycznie nawyków, czy stylu życia. To wymaga świadomości i zaangażowania, dlatego pacjent powinien być gotowy do operacji nie tylko pod względem medycznym, ale również mentalnym. Badaniu takiej gotowości służy diagnoza psychologiczna, która powinna mieć formę nie tylko jednorazowej konsultacji, ale profesjonalnego badania psychologicznego, za pomocą wywiadu i standaryzowanych testów psychologicznych. Sporządzona na tej podstawie pisemna diagnoza, jest cennym źródłem informacji dla samego pacjenta, jak i chirurga bariatry, na temat funkcjonowania psychologicznego pacjenta, jego zasobów i ewentualnych ograniczeń na drodze do trwałej zmiany. Przeciwskazaniem do operacji bariatrycznej jest aktualna

obecność objawów zaburzeń i chorób psychicznych na tyle ciężkich, że utrudniłyby pacjentowi samoopiekę po operacji, również obecna lub niedawna próba samobójcza, a także omawiane wcześniej uzależnienie od jedzenia. Powody te nie wykluczają pacjenta z tej metody leczenia na zawsze, ale do czasu, aż otrzyma stosowne leczenie i jego stan psychiczny poprawi się na tyle, że będzie w stanie podjąć świadomą zgodę na operację, a po jej przeprowadzeniu – stosować się do zaleceń lekarskich oraz aktywnie wprowadzać do swojego życia potrzebne zmiany. Konsultacja psychologiczna powinna odbyć się również jakiś czas po operacji bariatrycznej, ponieważ może ona nasilić problemy zdrowia psychicznego, zwłaszcza u pacjentów, którzy cierpieli na nie już wcześniej.

Nie układam diet – układam relacje z jedzeniem i ze sobą

Wsparcie w procesie leczenia, zrozumienie przyczyn, przez które wpadamy w kołowrotek tycia i chudnięcia, dlaczego robimy rzeczy i jemy rzeczy, które nam nie służą, praca nad motywacją – to klucz do zadbania o siebie, do wyjścia z zaburzeń odżywiania, do ułożenia relacji z jedzeniem, ale przede wszystkim z samym sobą.



Agnieszka Węgiel

psycholożka

Proces leczenia otyłości zaczyna się w głowie, a wsparcie psychologa, który specjalizuje się w tym obszarze, jest niezwykle pomocne, zwłaszcza na etapie utrzymania zredukowanej masy ciała. Warto pracować indywidualnie lub w profesjonalnej grupie wsparcia (moderowanej przez specjalistę). W utrzymaniu uważności i motywacji pomagają też czytanie książek, artykułów, postów, słuchanie live'ów, webinarów, wykładów. W mediach społecznościowych jest wiele wspierających profili. Jeden z nich prowadzi Agnieszka Węgieł, psycholożka, która od wielu lat zajmuje się wsparciem dorosłych z chorobą otyłościową i posiada certyfikat Amerykańskiego Towarzystwa Doradców Bariatrycznych – Agnieszka Węgieł, znana jako @psychologia_odchudzania.



Agnieszka jest patronką naszej Kampanii Na Wagę Zdrowia. Wierzmy, że ta rozmowa pozwoli uporządkować w głowie kwestie dotyczące Twoich relacji z jedzeniem, pokaże czego potrzebujesz, może skłoni do podjęcia współpracy z psychologiem. Wiedza na temat choroby otyłościowej oraz świadomość obszarów, w których możemy mieć wpływ na jej rozwój i remisję to często początek zmian w naszych postawach, zachowaniach, nawykach.

Agnieszko, często używasz pojęcia „relacja z jedzeniem”. Co on oznacza?

„Relacja z jedzeniem” to dość nowe pojęcie, nie jest ono psychologicznie usankcjonowane, natomiast dobrze oddaje to, co się dzieje, kiedy mówimy o naszych zachowaniach żywieniowych, o naszych wzorcach żywieniowych, o tym w jaki sposób traktujemy jedzenie, jak podchodzimy do jedzenia i do czego tego jedzenia używamy.

Dlaczego relacje z jedzeniem są takie trudne?

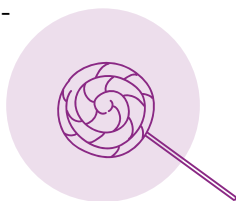
Relacje z jedzeniem utrudniłyśmy sobie z czasem, z rozwojem przemysłu spożywczego i narzędzi marketingowych, które kreują w nas potrzeby zakupowe na produkty, które nam nie służą, które jemy w nadmiarze i których tak naprawdę nie potrzebujemy. Warto pamiętać, że podstawową funkcją jedzenia jest odżywienie. Powinniśmy szczególnie teraz „używać” jedzenia do zaspokojenia przede wszystkim naszych potrzeb fizjologicznych. Mamy dostarczyć sobie odpowiedniej proporcji składników odżywczych, witamin i minerałów. Natomiast w tym momencie, w którym zaczynamy pocieszać się jedzeniem, dostajemy słodczyce w nagrodę, na ukojenie bólu i smutku uczymy się go używać w funkcji, która poza chwilową ulgą przynosi dodatkowe kilogramy. Regulacja napięcia, ulga i odpoczynek, na przykład po ciężkim dniu w pracy czy w szkole, pojawiają się wtedy, kiedy uruchamiają się różne psychologiczne i neurobiologiczne mechanizmy, zaburzające funkcjonowanie ośrodka nagrody w mózgu. Słodczyce, słodko-słono-tłuste przekąski powodują wyrzut endorfin, czyli odczuwamy chwilową ulgę, czasem przyjemność i ukojenie. W konsekwencji zaczynamy ich potrzebować częściej i więcej, ponieważ spotykamy się na co dzień z mnóstwem różnych wyzwań, które generują w nas napięcia i wtedy jedzenie staje się regulatorem,

„spożywczą tabletką na ból” – kiedy zaczniemy jej używać, potem ciężko nam z niej zrezygnować.

Dlaczego jedni mają problem z relacjami z jedzeniem, a w konsekwencji z otyłością, a inni jedzą wszystko i nie tyją?

To nie do końca jest tak, że jedni jedzą wszystko i nie tyją, a inni tyją od liścia sałaty. Na przyrost masy ciała i w konsekwencji rozwój otyłości ma wpływ wiele czynników. Jeżeli popatrzymy na biopsychospołeczny model rozwoju otyłości, to musimy wziąć pod uwagę predyspozycje genetyczne – ale uwaga – to są predyspozycje do tycia, ale one wcale nie skazują nas na otyłość. Będą wymagały od nas większej uważności w relacjach z jedzeniem, większej uważności w komponowaniu posiłku. Natomiast, jeżeli używamy jedzenia do regulowania nastroju, to będziemy mieli o wiele większy problem bez względu na to, czy mamy predyspozycje do tycia czy nie.

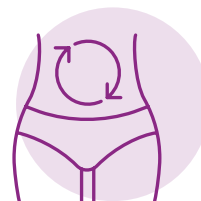
Jeżeli w dzieciństwie nasi rodzice używali jedzenia do poprawiania nam nastroju, dostawaliśmy lizaka albo cukierki, kiedy marudziliśmy albo kiedy chcieli nas czymś zająć, kiedy słyszeliśmy: „jeżeli zjesz obiad, to dostaniesz pyszny deser”, to nauczyliśmy się, że to słodkie i słodko-słono-tłuste, jest jakimś rodzajem nagrody, jest tym pysznym w przeciwieństwie do obiadu. W dorosłości również będziemy używać słodkości jako nagrody, pocieszenia, czegoś co sprawia wielką przyjemność.



Czego szukamy w jedzeniu?

W jedzeniu szukamy ulgi, pocieszenia, ukojenia, rozładowania napięcia, smutku – czyli tego, czego tak naprawdę tam nie znajdziemy, bo zjedzenie batona, ciastka czy paluszków nie

sprawi, że rozwiążą się problemy, które wprawiły nas w złość czy smutek. A zatem warto pomyśleć, że kiedy jedzenie ma zagłuszyć emocje, nie spełnia swojej funkcji, wręcz działa destrukcyjnie, ponieważ jego nadmiar i kiepski skład prowadzą do tycia, a to z kolei wywołuje w nas mnóstwo negatywnych emocji nakierowanych na siebie – poczucie winy, niezadowoloność z siebie, nienawiść do swojego ciała i poczucie, że jesteśmy słabi i sobie nie radzimy.



Warto przywrócić podstawową funkcję jedzenia – przede wszystkim ma nam dostarczyć energii do życia. Jeżeli szukamy w jedzeniu czegoś więcej, to niestety ryzykujemy, że to jedzenie przejmie kontrolę nad naszym życiem, zaczniemy go używać w niewłaściwych funkcjach i znacznie nam szkodzić. Szukamy w jedzeniu pocieszenia, znieczulenia, odetchnięcia, jakiegoś rodzaju komfortu. Ten komfort jest oczywiście chwilowy, bo wyrzut endorfin w układzie nagrody w mózgu nie trwa długo, natomiast musimy pamiętać o tym, że w dzisiejszym świecie stresory są wokół nas ciągle i bez przerwy, jest ich coraz więcej, więc szukamy w jedzeniu, tego czego powinniśmy szukać na przykład na terapii, w rozmowie z bliskimi osobami, aktywności fizycznej, pasjach.

Czym jest jedzenie emocjonalne i jak sobie z nim radzić?

Jemy emocjonalnie wtedy, kiedy potrzebujemy poczuć ulgę, kiedy dzieje się coś trudnego, odczuwamy dużo napięcia i stresu. Jemy emocjonalnie również dlatego, że jesteśmy głodni. Nie możemy zapominać o tym, że głód jest jednym z największych stresorów w naszym życiu. Żyjemy w świecie, w którym rządzi kultura diet i kult szczupłości, większość z nas jest ciągle na jakiejś diecie i ciągle próbuje zmieniać wygląd i wielkość swojego ciała, ignorując odczucie głodu lub zaspakając je nadmiarowo,

co też w czasach nadpodaży produktów spożywczych jest bardzo proste.

Co za tym idzie, jeżeli nie jemy regularnie wartościowych posiłków, nie dostarczamy sobie energii w ciągu całego dnia, to bywa również tak, że wcale nie jemy emocjonalnie w odpowiedzi na stresory, które się dzieją w naszym życiu, tylko jemy przede wszystkim dlatego, że jesteśmy zwyczajnie głodni. Jedzenie emocjonalne bardzo często przydarza nam się po południu, wieczorem, kiedy już nic stresującego się nie dzieje. Jeżeli przegłodziliśmy się przez cały dzień, jedząc jogurty, cienkie zupy, sałatki bez dodatków, no to jesteśmy po prostu głodni i będziemy zajadać właśnie ten stresor.



I odpowiedź na pytanie, jak sobie w takim razie poradzić z emocjonalnym jedzeniem albo wręcz jak sprawdzić, czy jemy emocjonalnie, jest dość proste – zacznij jeść regularne posiłki od śniadania – i zobacz, czy wieczorem te zachcianki i ochota na pocieszenie się jedzeniem będą tak samo silne, jak wtedy, kiedy przez cały dzień byłaś na diecie i jadłaś za mało.

Jak sprawdzić co jest przyczyną tycia?

Jeżeli czujemy, że nasza masa ciała wymyka nam się spod kontroli, jeżeli czujemy, że ciężko nam jest powrócić do równowagi, zamiast przechodzić na kolejną dietę, sugerowałabym kontakt z lekarzem. Mamy teraz dostęp do lekarzy otyłościologów, którzy zajmują się leczeniem otyłości. Konieczne będzie przeprowadzenie dokładnych badań, sprawdzających stan odżywienia organizmu, choroby towarzyszące, które mogą powodować wzrost masy ciała albo utrudniać redukcję. To są pierwsze drzwi, do których powinniśmy zapukać.

Kolejna osoba, która może nam pomóc to sensowny dietetyk. Sensowny, czyli nie taki, który rozpisze nam restrykcyjną dietę, tylko taki, który zrobi z nami szeroki wywiad, spojrzy na wyniki badań, uwzględni nasze preferencje żywieniowe i styl życia i do tego stylu życia prawidłowo dopasuje sposób odżywiania. Jeżeli mamy wątpliwości czy jemy emocjonalnie, jeżeli czujemy, że jednak być może zajadamy stres albo budzimy się w nocy i jemy, wtedy zdecydowanie warto skorzystać z konsultacji psychologicznej, żeby sprawdzić, czy nie chorujemy na zaburzenia odżywiania.

Co zrobić, żeby przestać jeść emocjonalnie?

Żeby przestać jeść emocjonalnie w pierwszej kolejności powinniśmy zacząć jeść w ogóle, powiem więcej, powinniśmy zacząć się odżywiać, czyli nie tylko jeść cokolwiek nam wpadnie w ręce, ale również świadomie dokonywać wyborów żywieniowych w taki sposób, żebyśmy zabezpieczyli tę podstawową potrzebę fizjologiczną, czyli potrzebę dostarczenia sobie energii i dzięki temu zaspokajali głód. Najgorsze, co możemy zrobić, to przejść na dietę bez konsultacji z lekarzem, dietetykiem, psychologiem.

W ramach kwalifikacji do operacji bariatrycznej konieczne jest potwierdzenie przez psychologa gotowości. Jak się to sprawdza?

Aby pacjent mógł bezpiecznie podejść do operacji bariatrycznej, potrzebuje konsultacji zarówno psychologicznej, jak i dietetycznej. Konsultacja psychologiczna jest o tyle ważna, że musimy wykluczyć choroby psychiczne, które nieleczone są przeciwwskazaniem do operacji bariatrycznej. Jeżeli pacjent choruje na depresję, zaburzenia lękowe czy jakiegokolwiek inne zaburzenia psychiczne, kluczowe jest

to, żeby przed operacją bariatryczną rozpocząć leczenie – farmakoterapię i psychoterapię, jeżeli psychiatra zaleci taką kombinację terapeutyczną.

Gotowość do operacji sprawdza też dietetyk, to znaczy zaleca strategię żywieniową na okres przygotowawczy do operacji i sprawdza z pacjentem, na ile jest w stanie wprowadzić nowe nawyki. Z psychologiem i dietetykiem pacjent analizuje, co we wprowadzaniu tych nowych nawyków najbardziej przeszkadza i jak możemy je wpasować w nasze realia. Musimy pamiętać o tym, że stare nawyki, które doprowadziły do choroby otyłościowej, budowaliśmy latami, więc nie możemy oczekiwać, że nagle w dwa tygodnie wprowadzimy nowe nawyki i będziemy z nich trwale korzystać. Więk-

Nieleczone choroby psychiczne są przeciwwskazaniem do operacji bariatrycznej.



szość pacjentów kwalifikujących się do operacji bariatrycznej ma za sobą wielokrotne próby zmiany nawyków, wprowadzania zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, ale jednak z jakichś powodów te nowe nawyki nie miały szansy się utrwalić i zostały porzucone. Pracując z psychologiem pacjent ma szansę sprawdzić i weryfikować na bieżąco zmiany, które wprowadza, następnie je utrwalić i świadomie z nich korzystać.

Czy i jak sami możemy zweryfikować swoją gotowość do operacji?

Każda osoba, która choruje na otyłość, zmaga się ze stigmatyzacją i dyskryminacją, ma też za sobą mnóstwo prób redukcji masy ciała. Niestety kolejne nieskuteczne próby oraz stereotypowe postrzeganie osób chorujących na otyłość jako leniwych powoduje, że pacjenci liczą na cud, na to, że operacja bariatryczna będzie cudownym rozwiązaniem, które skutecznie pomoże zredukować masę ciała.

Czy pacjent jest w stanie sam ocenić czy jest gotowy do operacji? Nie ufałabym sobie, gdybym była pacjentem bariatrycznym, ponieważ ilość porażek dietetycznych powoduje, że zrobiłabym wszystko, żeby do tej operacji doszło, wierząc, że wtedy zacznie się nowe życie i wszystko się zmieni.

Dlatego potrzebujemy diagnozy i przygotowania przed operacją i od tego mamy specjalistów, żeby mogli nam pomóc i żeby dobrze nas poprowadzili. To zapewnia bezpieczeństwo po operacji, bo pamiętajmy, że w operacjach bariatrycznych w ogóle nie chodzi o to, żeby „schudnąć”, ale żeby przywrócić zdrowie i sprawność na całe życie. Bo leczenie otyłości (bez względu na metodę) powinno opierać się na zmianie stylu życia. Bez tego zarówno chirurgia, jak i farmakoterapia pozost-

staną jedynie strategią na szybkie schudnięcie, tak jak każda, prowadzona przez pacjentów wcześniej, dieta.

Jeżeli pacjent z jakiegoś powodu nie jest w stanie utrzymać regularnych, powtarzalnych zdrowych nawyków, to znaczy, że nie jest gotowy do operacji i potrzebuje wsparcia dietetyka i psychologa, żeby w tej drodze budowania nowych nawyków miał profesjonalne wsparcie.

Jak znaleźć dobrego psychologa, który pomoże przywrócić prawidłowe relacje z jedzeniem?

W leczeniu otyłości kluczowe są zespoły interdyscyplinarne, które opiekują się pacjentem leczonym z powodu otyłości. Jeżeli szukamy psychologa bariatrycznego, to szukajmy go przy ośrodkach bariatrycznych. Pamiętajmy też o tym, że psychologowie są wykształceni bardzo szeroko, zarówno w obszarze zaburzeń odżywiania, jak i zaburzonych relacji z jedzeniem i pamiętajmy też o tym, że w gruncie rzeczy to w ogóle nie chodzi o jedzenie. Moi pacjenci bardzo często się dziwią, że już na drugim, trzecim spotkaniu my zupełnie odstawiamy na bok jedzenie i zajmujemy się tym, co jest o wiele ważniejsze, czyli tym, co tak naprawdę zajadamy – stres, brak umiejętności radzenia sobie z emocjami, trudne relacje, beznadziejnego szefa w pracy, ciągłe zamartwianie się, zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe, traumy, brak skuteczności, brak silnej woli i masę innych rzeczy. W terapii kluczowa jest relacja, więc jeżeli czujecie się bezpiecznie, czujecie się dobrze, nie czujecie się oceniani przez osobę, z którą współpracujecie, to będzie to dobra osoba, która będzie dla was wsparciem. I bardzo ważna rzecz – jeżeli macie jakiegokolwiek wątpliwości co do przebiegu terapii, rozmawiajcie o tym ze swoim terapeutą. Bywa również tak, że praca z psychologiem nie wystarczy – wtedy konieczna staje się psychoterapia i ja na początku pracy z pacjentem jasno o tym mówię.

Dlaczego tak trudno uwolnić się od słodyczy i jak to zrobić?

Słodycze, czyli cukier, tłuszcz i sól, bo z reguły w takim połączeniu one występują, szczególnie te słodycze, które są wysokoprzetworzone, czyli zawierają dodatkowo składniki wzmacniające smak, barwniki, aromaty, spulchniacze,

zagęstniki – to wszystko powoduje, że w naszym układzie nagrody wydzielają się endorfiny. „Hormony szczęścia” wydzielają się pod wpływem każdego jedzenia, ale jednak tam, gdzie jest dużo cukru i tłuszczu, to odczucie przyjemności, błogości jest o wiele większe. Równocześnie dostarczamy sobie bardzo dużą ilość energii, a nasz mózg uwielbia



takie bogate dostawy, bo to oznacza, że dalecy jesteśmy od klęski głodu. Naszemu mózgowi zawsze będzie zależało na tym, żebyśmy przeżyli, więc jeżeli byliśmy wielokrotnie na diecie w dużym deficycie kalorycznym, będzie chętniej wybierał produkty wysokokaloryczne, wysokoprzetworzone, które w małej objętości dostarczą nam dużo cukru i który będzie mógł zmagazynować w postaci tkanki tłuszczowej.

Jak sobie poradzić ze słodyczami? Znowu wrócę do fizjologii. Jeżeli będziemy głodni, będziemy mieli więcej zachcianek i nie będziemy przy zachciankach wybierać brokuła, łososia czy kurczaka, będziemy wybierać czekoladę, ciastko, drożdżówkę, chipsy. Żeby poradzić sobie z zachciankami wprowadzamy regularne posiłki, picie wody, dbamy o jakość snu, bo musimy pamiętać o tym, że 7-8 godzin snu to jest to, czego nasz organizm potrzebuje każdego dnia. Badania potwierdzają, że deficyt snu, zła jakość snu, ale również praca zmianowa zwiększają ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości, a w przypadku pacjentów bariatrycznych są czynnikiem ryzyka nawrotu masy ciała po operacji. Jeżeli jesteśmy niewyspani, mamy większą ochotę na słodkie.

Co to jest pasienie pszczoły i dlaczego jest tak ważne?

Pasienie pszczoły to moja metafora, tego jak funkcjonujemy w codziennym życiu i czego nam potrzeba. Nasz mózg jest zaprogramowany w taki sposób, żeby z codzienności wyłapywać wszystko to, co dla nas zagrażające i ma to swoje uzasadnienie ewolucyjne. Jeżeli nie zauważylibyśmy, że jedzie rozpędzony samochód, to zginęlibyśmy pod kołami a tysiące lat temu pożarłby nas tygrys albo niedźwiedź. W dzisiejszym świecie stresujących rzeczy jest mnóstwo, wystarczy otworzyć social media i tam już poziom kortyzolu nam bardzo szybko rośnie.



Pasienie pszczoły to jest wzbudzanie zdolności mózgu do wyłapywania dobrych rzeczy w naszym życiu, bo przecież one też są naszym codziennym doświadczeniem.

Chodzi o to, żebyśmy w sposób świadomy wyłapywali i zauważali dobre rzeczy, które dzieją się każdego dnia. Oczywiście nie mówię o wygranej w totolotka albo o awansie w pracy, czy o jakimś wielkim spadku, tylko o codziennych rzeczach, które my z reguły pomijamy i traktujemy jak coś oczywistego. Na przykład to, że moje dziecko się do mnie uśmiechnęło, że szef mnie pochwalił w pracy, że zobaczyłam piękny klomb kwiatów, że na kolejnych skrzyżowaniach miałam cały czas zielone światło. Zwróćcie uwagę, jak często w ogóle tego zielonego nie zauważamy, natomiast jak często mówimy o czerwonym świetle, przez które stoimy w korkach.

O co chodzi z „okej” czy „ovej” w układaniu relacji z jedzeniem?

W budowaniu nawyków żywieniowych, w zmianie jakichkolwiek naszych nawyków, kluczowe jest to, żebyśmy odpowiedzieli sobie na pytanie, czy to jest dla mnie ok, czy jak myślę o tym, to raczej mam „ovej” – to będzie trudne, ciężkie, nie mam siły.

Jeśli o zmianie nawyków myślimy „ovej” to znak, że właśnie wtedy potrzebujemy wsparcia. Potrzebujemy kogoś, kto nam pomoże tę trudną drogę zmiany nawyków, budowania dobrych nawyków przejść w sposób o wiele łatwiejszy i z większym zrozumieniem dla całego procesu. Pamiętajmy – nie musimy wszystkiego robić sami, a niestety bardzo często wydaje nam się, że to są tak proste zalecenia, że powinniśmy je po prostu wdrożyć. Gdyby to było proste, zrobilibyśmy to bez wahania.

Czy operacja bariatryczna sprawi, że zawsze będziemy jeść mało, zdrowo i już nie przytyjemy?

Cudownie byłoby, gdyby operacja bariatryczna albo farmakologiczne leczenie otyłości sprawiały, że choroba otyłościowa ustąpi i nigdy nie wróci. Niestety smutna prawda jest taka, że choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą, nieustępującą samoistnie i ma skłonność do nawrotów. To oznacza, że żadna metoda leczenia otyłości nie będzie skuteczna, jeżeli pacjent nie będzie w pełni zaangażowany w proces leczenia. W bariatrii mówi się, że w pierwszym roku po operacji, operacja „załatwia” 80% roboty, a pacjent angażuje się w 20%. I faktycznie w pierwszym roku po operacji pacjenci chudną najwięcej i ze względu na restrykcje i/lub wyłączenie części przewodu pokarmowego z pasażu. W kolejnych latach ta proporcja się odwraca i niestety operacja działa już tylko na 20%, natomiast pacjent powinien przejąć 80% zaangażowania.

Dlatego tak ważne jest przygotowanie do operacji bariatrycznej, żeby po pierwsze zbudować świadomość, że to właśnie tak będzie i że nie możemy liczyć na cud i na magiczną różdżkę, a po drugie, żeby pacjent miał czas zrozumieć to, co się z nim dzieło w momencie, w którym ta otyłość się rozwijała. Dzięki temu mamy szansę dopasować wszystkie „narzędzia”, które są mu potrzebne do tego, żeby przejąć te 80% odpowiedzialności za swoje szczupłe, zdrowe i sprawne życie w kolejnych latach po operacji bariatrycznej.

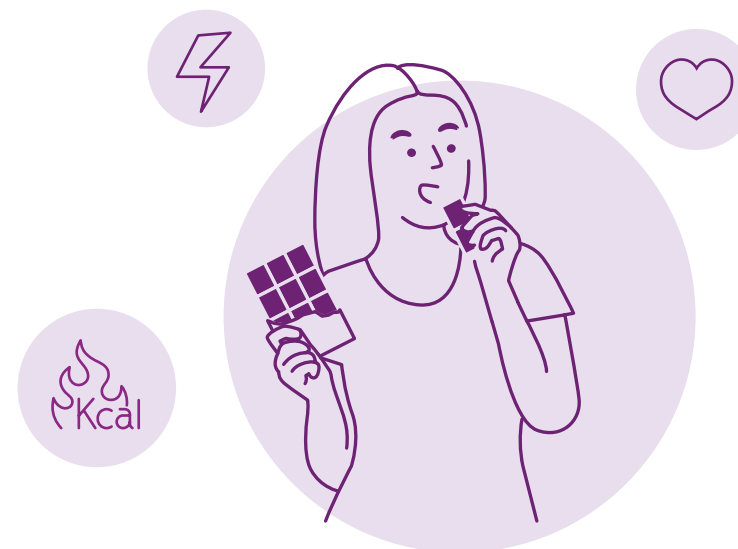
Dlaczego część pacjentów tyje po operacji bariatrycznej?

Ryzyko nawrotu wysokiej masy ciała kilka lat po operacji bariatrycznej wynosi nawet 40%. Najczęściej pacjenci wracają do starej masy ciała ze względów psychologicznych. Jeżeli pacjent nie przygotuje się do operacji, nie zrozumie tego, jakie procesy doprowadziły do rozwoju choroby i jaki był jego udział w rozwoju, niestety musi liczyć się z tym, że otyłość wróci. Stare nawyki same nie znikają, musimy przed operacją zbudować jak najwięcej nowych, dobrych, świadomie używanych przez pacjenta nawyków, żeby właśnie uniknąć nawrotu masy ciała. Zwłaszcza, że choroba rozwijała się latami w środowisku, którego pacjent nie zmieni po operacji. Rodzina, zachowania żywieniowe, „dokładki ciasta u babci”, weekendowe spotkania ze znajomymi przy suto zastawionych stołach, brak regularnego snu, picie słodkich napojów, zamiast wody, siedzący tryb życia pozostaną dokładnie takie, jakie były. To pacjent musi zmienić sposób funkcjonowania w tym środowisku, żeby utrzymać chorobę w remisji.

Dla kogo operacja nie będzie dobrym rozwiązaniem?

Operacja bariatryczna nie będzie dobrym rozwiązaniem dla pacjentów, którzy chorują na choroby psychiczne i nie są

leczeni. Przypominam, że jeśli pacjent choruje i pozostaje w leczeniu, będzie mógł poddać się operacji.



Operacja bariatryczna nie będzie dobrym rozwiązaniem dla osób, które liczą na cud, na to, że operacja załatwi sprawę, że operacja zmniejszenia żołądka spowoduje, że już nigdy nie będą jeść nadmiernych ilości. Swoim pacjentom mówię, że w gruncie rzeczy życie po operacji bariatrycznej jest o wiele trudniejsze niż to życie bez operacji, dlatego, że małe porcje powodują, że organizm niewiele nam wybaczy, jeżeli będziemy jeść mało wartościowo. Byłe jakie jedzenie bardzo szybko odbije się na stanie odżywienia naszego organizmu, na naszych zasobach energetycznych. Brak sił, przewlekłe zmęczenie, niedobory pokarmowe otworzą drzwi dla starych nawyków. Jeżeli starym nawykiem na brak energii, zmęczenie, przepracowanie były słodczyce – z automatu będę po nie sięgać, bo taka przez lata była moja strategia radzenia sobie.

Otyłość, depresja, operacja, jakie są wzajemne relacje tej trójki?

Otyłość i depresja to są choroby towarzyszące. Trudno powiedzieć i trudno zdiagnozować, co było pierwsze, to znaczy, czy zaczęło się od otyłości i na tym polu rozwinęła się depresja, czy najpierw była depresja i jedną ze strategii poradzenia sobie z tym drastycznie obniżonym nastrojem było regulowanie się jedzeniem. Osoby chorujące na depresję potrzebują przed operacją bariatryczną rozpocząć leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne i muszą pozostać w stałym kontakcie ze swoim lekarzem psychiatrą ze względu na to, że po operacji bariatrycznej może zmienić się wchłanianie leku. Pacjenci muszą być bardzo wyczuleni na swój stan psychiczny i emocjonalny i muszą bardzo szybko zauważać zmiany w nastroju, i to jak długo się one utrzymują. Zdarza się, że jest konieczne zwiększanie albo zmniejszanie dawek leków albo zmiana sposobu leczenia.

Co zrobić, jeśli pomimo operacji waga wraca? Gdzie szukać pomocy?

Jeżeli zauważamy, że masa ciała zaczyna rosnąć w pierwszej kolejności udajemy się do lekarza i dietetyka bariatrycznego, z którym pracowaliśmy w trakcie przygotowania do operacji i po niej. Niezbędne będzie sprawdzenie stanu odżywienia organizmu – czyli badanie krwi, które wskaże czy witaminy i składniki mineralne są na właściwym poziomie. Pacjenci bariatryczni szczególnie narażeni są na niedobór witaminy B12, D, kwasu foliowego, żelaza i wapnia. Niedobory pokarmowe to nie tylko wypadanie włosów, ale również nieprawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego, które pacjenci mogą rozpoznawać jako osłabienie motywacji, brak chęci i energii do wybierania nowych nawyków, „słaba silna wola”, ospałość, przewlekłe zmęczenie.

Musimy liczyć się z tym, że prędzej czy później odezwią się stare nawyki. Być może znowu przestaniemy pić wodę, znowu przestaniemy pilnować regularnych posiłków, może zapomnimy o właściwym komponowaniu posiłków, więc im szybciej wybierzymy się do dietetyka bariatrycznego, tym lepiej. Razem z nim sprawdzamy to, co łąduje na talerzu i to co „wpada” między posiłkami. Powracające stare wzorce żywieniowe, czyli np. nieregularne posiłki będą prowadziły do głodu, braku energii, a w rezultacie do podjadania między posiłkami. Często znowu będziemy sięgać po słodkie, sone, tłuste produkty.

Jeżeli wracają stare nawyki, to znaczy, że potrzebujemy znowu wrócić do równowagi i znowu popracować nad tym co się dzieje z nowymi nawykami, dlaczego one ustępują tym starym. I tu konieczna będzie pomoc psychologa. Może być tak, że w naszym życiu na danym etapie dzieje się coś bardzo trudnego, a wtedy kiedy dzieje się bardzo trudne, kiedy ilość stresu przekracza nasze możliwości radzenia sobie, wtedy niestety otwierają się drzwi dla starych nawyków, bo one są zautomatyzowane i nie wymagają od nas żadnego zaangażowania. Są dużo łatwiejsze niż nowe, zwłaszcza wtedy, kiedy coś zachwieje naszą równowagę.

Jakie mogą być przyczyny otyłości u dzieci?

Otyłość u dzieci to dość skomplikowana sprawa i również rozpatrujemy ją na różnych płaszczyznach – genetycznej, hormonalnej, środowiskowej, psychologicznej. Musimy natomiast pamiętać, że to, co w największym stopniu będzie wpływało na nadwagę i otyłość u naszych dzieci, to nawyki żywieniowe, które są normalnością w całej rodzinie. Chodzi głównie o nawyki związane ze stylem życia – sposobem odżywiania, tym, co pijemy na co dzień, relacją z aktywnością fizyczną, tym jak spędzamy wolny czas, ile śpimy, tym co przynosimy sobie w prezencie, tym w jaki sposób cele-

bruujemy przyjemne rzeczy i tym, w jaki sposób zajmujemy się emocjami dziecka, kiedy je przeżywa.

Dzieci przejmują sposób funkcjonowania rodziców w sposób automatyczny i bezrefleksyjny. Jeżeli rodzice jedzą nieprawidłowo, nie mogą oczekiwać od dzieci, że one będą jadły inaczej. Dzieci uczą się przez modelowanie, więc szczególnie w dzieciństwie będą patrzeć na rodziców czy opiekunów jak w obrazek i będą powtarzać zachowania. Dlatego ciężko się dziwić, że dzieci nie jedzą warzyw, jeżeli na stole tych warzyw nie ma, albo jeśli są, to tylko dla nich, bo np. tato mówi, że sałata jest dla królików i jej nie je. Ciężko się również dziwić, że dziecko nie pije wody, jeżeli słyszy od rodzica, że wodę piją wielbłądy. Zachowania dorosłych będą kształtowały zachowania dzieci. Sposób spędzania czasu – na kanapie, czy na rowerze, czy grając w piłkę – również będzie znacząco wpływał na to, jaka zbuduje się relacja z ruchem u naszych dzieciaków.

Jak rodzice mogą wspierać dzieci z otyłością?

Żeby pomóc dziecku, które ma nadwagę albo choruje na otyłość potrzebujemy zadziałać systemowo, czyli potrzebujemy zaangażować się wszyscy, całą rodziną. Potrzebujemy wszyscy razem zmienić nawyki żywieniowe, bo jeżeli „skażemy” dziecko na wizyty u dietetyka, na jedzenie sałaty, a sami równocześnie będziemy jeść chipsy przed telewizorem, to nic dobrego z tego nie wyniknie.

Zadbanie o rodzinne dobre nawyki pomogą zarówno dziecku, jak i reszcie rodziny, nawet jeśli to tylko dziecko zmagają się z nadmierną masą ciała. Aktywne spędzanie czasu razem, smaczne, kolorowe, zbilansowane posiłki, równowaga w relacjach z jedzeniem, czyli jedzenie wartościowe i zbilansowane, gdzie znajdzie się miejsce również na słodkie dania,



Dzieci przejmują sposób funkcjonowania rodziców.

np. wspólne pieczenie drożdżówek raz w tygodniu. Celebrowanie wspólnego czasu, wspólnych posiłków, relacji.

Z pewnością przyda się praca z emocjami i radzeniem sobie ze stresem znowu – systemowo. Jeżeli u dorosłego, u mamy czy taty jedzenie pełni funkcję regulacyjną, czyli, kiedy jedzenie pojawia się, kiedy rodzice są smutni, kiedy się denerwują – dziecko będzie przejmowało te same wzorce, zwłaszcza, że prawdopodobnie nie rozmawiamy z dziećmi o emocjach.

Kolejny ważny temat – prezenty. Warto jasno ustalić zasadę z naszymi bliskimi: babciami, dziadkami, ciociami, znajomymi, żeby nie przynosili dzieciom słodyczy, a zamiast tego np. puzzle, układanki, kolorowanki, piłkę do tenisa, żebyśmy mogli się pobawić, żebyśmy mogli zrobić coś razem i żeby

prezent i obecność bliskich wiązała się z czymś więcej niż tylko reklamówką stodyczy.

Na czym polega praca z psychologiem odchudzania?

Na początek sprostowanie – nie ma takiej specjalizacji jak psychologia odchudzania. Ten obszar, który niekiedy dotyczy zaburzeń odżywiania, a raczej zaburzonych wzorców odżywiania oraz błędnego koła odchudzania jest niezwykle potrzebny i stale eksplorowany. Zrozumienie tego, co się dzieje wtedy, kiedy się odchudzamy, zarówno z perspektywy stricte psychologicznej jak i z tego, co się dzieje na połączeniu psychologii i odżywiania jest kluczowe do tego, żebyśmy mogli prawidłowo z pacjentem pracować.

W moim gabinecie zajmujemy się po pierwsze przywróceniem równowagi w obszarze fizjologii, czyli porzuceniem diet na rzecz racjonalnego odżywiania. Zajmujemy się tym, jak śpimy, ile śpimy i w jakich godzinach. Zajmujemy się ruchem i wcale nie mam na myśli siłowni tylko ruch spontaniczny, wykonywany w ciągu dnia, czyli na przykład chodzenie. Zajmujemy się nawodnieniem, bo jeżeli pijemy za mało w ciągu dnia to nasz umysł nie będzie w stanie efektywnie pracować i będzie szukał szybkiej energii. Zajmujemy się odpoczynkiem, bo nie umiemy odpoczywać.

Dzisiejszy styl życia – szybkie tempo, wysoki poziom stresu, brak snu, jedzenie, o które czasem dbamy, a czasem w ogóle nie, kawa i napoje energetyczne zamiast wody – w takim stanie nie mamy szans na wprowadzenie żadnych zmian. Potrzebujemy zacząć od tego, co fizjologicznie nam jest najbardziej potrzebne i co jest najważniejsze.

Dopiero, kiedy przywrócimy podstawową równowagę fizjologiczną, przechodzimy do tego, co się dzieje na poziomie emocji

i stresu. Budujemy odpowiednie, adekwatne i adaptacyjne strategie radzenia sobie z tym, co w naszym życiu trudne. Uczymy się rozpoznawać, nazywać i wyrażać emocje.

W jakie pułapki najczęściej wpadają osoby z otyłością?

Osoby chorujące na otyłość to osoby, które wielokrotnie były na diecie, mają bardzo bogatą historię dietetyczną, a to niestety oznacza, że mają również bardzo bogatą historię porażek. Każda kolejna dieta kończąca się nawrotem masy ciała, czyli popularnym jojo znacząco wpływa na stan psychiczny. Obniżone poczucie sprawczości i własnej wartości, poczucie winy i klęski, brak wiary w siebie, prowadzą do stanu, w którym rozwinię się nadzieja, że kiedyś wreszcie znajdzie się jakieś magiczne rozwiązanie, które rozwiąże problem.



Mam poczucie, że to chyba jest największa pułapka, w którą wpadają pacjenci leczeni z powodu otyłości. Zmniejszony żołądek, zmiany w przewodzie pokarmowym albo farmakoterapia mają załatwić temat.

Pacjent, który pozostanie z tymi nierealnymi oczekiwaniami ryzykuje, że poniesie kolejną porażkę, a nawrót masy ciała po takich interwencjach może prowadzić do załamania i utraty nadziei na zdrowie i sprawność.

Pacjenci bardzo często mówią, ale ja już próbowałam każdej diety, ja już zrobiłam totalnie wszystko, operacja bariatryczna to jest ostatnia deska ratunku.

Ja wtedy odpowiadam: to nie do końca prawda, że próbowałam wszystkiego, bo nie próbowałam równocześnie pracować z dietetykiem, który rozpisze ci sensowny plan żywieniowy,

zamiast restrykcyjnej diety i z psychologiem nad tym, dlaczego nowe nawyki, twoje życie i codzienność jest taka trudna. Dlaczego nie masz czasu zjeść regularnych posiłków i dlaczego woda ci „nie wchodzi”. Dlaczego zarywasz noce i nawet na pierwsze piętro wjeżdżasz windą.

Włączając w proces redukcji masy ciała sensownego dietetyka i psychologa czy z pomocą operacji bariatrycznej, czy z pomocą farmakoterapii, czy samodzielnie, będziesz miał większą szansę na sukces.

Z jakimi marzeniami, a wręcz mrzonkami należy się rozstać, chcąc zachować zdrowie i odpowiednią masę ciała?

Bardzo często liczymy na to, że jak schudniemy, to będziemy szczęśliwi, zmienimy pracę, wszystko się zmieni, zyskamy pewność siebie. Oczywiście część z tych rzeczy się zmienia, natomiast musimy pamiętać o tym, że nierealne oczekiwania to jest gwarancja nawrotu masy ciała. Jeśli wiążemy ze szczupłością (a to nam robi dzisiejszy świat pokazując, że tylko szczupłe ciało daje szczęśliwe życie) zmiany w tych obszarach życia, za które szczupłość w ogóle nie odpowiada, musimy liczyć się z rozczarowaniem.



Jeżeli liczę na to, że zmienię pracę, jak zeszczupleję albo, że mój mąż będzie mnie bardziej kochał, albo, że ja w ogóle będę szczęśliwsza, musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, co za każdym poprzednim razem nie działało, bo przecież każda osoba, która przygotowuje się do operacji bariatrycznej była już kiedyś na diecie, więc była przynajmniej szczuplejsza, jeżeli nie szczupła. Co w takim razie tam nie zadziałało? Które moje marzenie, która moja nadzieja nie została spełniona razem z tym, jak moje ciało stawało się mniejsze.

Druga rzecz to jest pożegnanie się z dziecięcym myśleniem, że szczupłość, zdrowie, szczęście, sprawność zrobią się bezwysiłkowo. Musimy po dorostemu, dojrzałe wziąć odpowiedzialność za to, że to w naszych rękach jest to, co będzie się działo z naszym ciałem, w naszych rękach jest podjęcie decyzji o pracy z psychologiem, o psychoterapii, być może o zmianie pracy, o pożegnaniu się z ludźmi, którzy nas wykorzystują. I to jest również część pracy, która dzieje się w gabinecie psychologa przed operacją. Urealnianie oczekiwań i branie odpowiedzialności za siebie.

Czym różni się jedzenie z przyjemnością od jedzenia dla przyjemności?

„Nie mam czasu”, to jest wymówka dzisiejszych czasów. Nie mamy czasu jeść, nie mamy czasu zrobić zakupów, nie mamy czasu spać, nie mamy czasu iść na spacer i nie mamy czasu odpoczywać. Niestety tak też jemy – w pośpiechu, stojąc w drzwiach lodówki albo przy blacie w kuchni, nie siadamy, nie gryziemy, nie przeżuujemy, nie zauważamy smaków, sytości, przyjemności.

Jemy DLA przyjemności wtedy, kiedy poprawiamy sobie nastrój jedzeniem, kiedy w jedzeniu szukamy ukojenia. To jest ten sposób jedzenia i ten rodzaj jedzenia, który ma nam wyprodukować przyjemność. Często szybko, w drodze, w ukryciu, byle dużo, słodko, odczuwając wszechogarniający przymus jedzenia.

Jedzenie Z przyjemnością jest wtedy, kiedy się delektujemy, kiedy świadomie smakujemy, gryziemy, siedzimy przy stole, używamy sztućców, kiedy jemy spokojnie, dając sobie czas na posiłek i celebrując go. Delektujemy się do tego momentu, w którym czujemy przyjemną sytość i przestajemy jeść wtedy, kiedy czujemy: ojej, jakie to było pyszne.

Kiedy jemy dla przyjemności, czyli kiedy jemy po to, żeby wyprodukować sobie przyjemność albo znieczulić ból – bardzo często się przejadamy, bo jemy o wiele za szybko, nie gryziemy prawidłowo, przetykamy, napychamy się i to jest ten sposób jedzenia, które kończy się wtedy, kiedy przyjemności w ogóle nie ma. Za to często wtedy pojawia się taka myśl: o matko, ale się objadłam... i musimy rozpiąć spodnie, bo tak bardzo nas gniołają.

Czy pacjenci po operacji mogą jeść z przyjemnością wszystko? Czy są tu jakieś pułapki?

Każdy organizm jest inny, organizm pacjenta bariatrycznego przeszedł bardzo wiele, bo nie dość, że przeszedł wiele kolejnych diet, to jeszcze doświadczył znaczącej i często szybkiej redukcji masy ciała przy udziale operacji bariatrycznej. Kolejny etap to konieczność zabezpieczenia organizmu przed nawrotem masy ciała. Co to znaczy? To znaczy, że potrzebujemy nauczyć się jeść z przyjemnością, jeść w odpowiedzi na sygnał głodu i kończyć w odpowiedzi na sygnał sytości. Oczywiście są pacjenci, którzy sygnału głodu po operacji nie czują, wtedy posiłkujemy się zegarkiem, wielkością porcji, tym co czujemy, kiedy żołądek się napętnia.

Pacjenci bariatryczni już przed operacją powinni uczyć się delektować jedzeniem, jeść z przyjemnością, czerpać przyjemność ze smaków, z tekstur. Powinni uczyć się gryźć, przeżuwać, spowalniać proces jedzenia, tak żeby faktycznie zyskiwać satysfakcję z jedzenia, bo ona również jest bardzo ważnym elementem dobrej relacji z jedzeniem.

Czy mogą jeść wszystko? Dobre pytanie. Wszystko to, co jest odżywcze, wartościowe, jakościowe – zgodne z tabelą żywienia pacjentów bariatrycznych. Nadzieja na jedze-

nie wszystkiego tak jak kiedyś, tylko w mniejszych ilościach to najkrótsza droga do nawrotu masy ciała.

Czy nieważne co jem, byle z przyjemnością? Mało, ale z przyjemnością po operacji bariatrycznej?

W związku z tym, że kultura diet podzieliła jedzenie na dobre i złe, aktualnie świat psychodietetyczny próbuje to odkręcić. Nie ma jedzenia dobrego i złego, jest jedzenie bardziej odżywcze czyli takie, które lepiej mnie karmi, lepiej mnie odżywia i daje mi więcej energii i takie, które robi to w o wiele mniejszym stopniu, nie robi tego wcale albo wręcz mi szkodzi.

Po operacji bariatrycznej nie chodzi o to, żeby jeść mało czegokolwiek, tylko żeby jeść z głową, żeby jeść świadomie i dobrze się odżywiać. Przy małych porcjach, które pacjent bariatryczny zjada, szczególnie istotna jest odżywczość, więc jeżeli pacjenci liczą na to, że będą mogli jeść dokładnie to samo co przed operacją, ale w małych ilościach, no to niestety przypomina o konieczności zmiany stylu życia, w którym prym wiedzie odżywianie.



Jeżeli będziemy się odżywiać słabo jakościowo, to organizm znowu będzie robił wszystko, żeby dotadowywać się energią, a więc znów pojawią się zachcianki.

Jeżeli będziemy odżywiać się słabo jakościowo, pojawią się niedobory, które znowu będą sprawiały, że stare nawyki będą się panoszyć, a my będziemy podejmować coraz gorsze wybory żywieniowe, nie dlatego, że jesteśmy bezradziejni i że sobie nie radzimy, tylko dlatego, że nie będziemy mieli siły wrócić do tego, co ważne.

I znów z pełną odpowiedzialnością i po dorostem, trzeba się pogodzić z tym, że z pewnych rzeczy będzie trzeba zrezygnować. Nie dlatego, że są zakazane albo że ich nie wolno. Jesteśmy dorośli – możemy wszystko, nikt nam nie może niczego zakazać. Możemy też podejmować świadome decyzje i brać odpowiedzialność za swoje działania. Jeżeli wybieram, żeby jeść codziennie drożdżówki, pączki i ptysie, to biorę na siebie konsekwencje takiego sposobu odżywiania się. Ale jeżeli jem pączka w tłusty czwartek, a w urodziny zjadam kawałek tortu, a poza tym odżywiam się zgodnie z zaleceniami dietetyka bariatrycznego, to to jest właśnie to, czym jest dobra relacja z jedzeniem.

Jakie są podstawowe zasady życia w dobrych relacjach z jedzeniem?

Dobre relacje z jedzeniem to przede wszystkim jedzenie regularne, wartościowe i odżywcze, tak żeby zapewnić naszemu organizmowi to, czego on fizjologicznie najbardziej potrzebuje. Regularne posiłki, odpowiednio zbilansowane u pacjentów przed operacją bariatryczną są zgodne z talerzem żywienia zdrowego człowieka, u pacjentów po operacjach bariatrycznych zgodne z talerzem bariatrycznym. Do tego umiejętność pracy z własnymi emocjami, rozumienie emocji, nazywanie emocji, zauważanie tych mechanizmów, które powodują, że mam ochotę coś zjeść.

Uważność i sprawdzanie co się ze mną dzieje, kiedy przychodzi zachcianka. Czy to jest głód fizjologiczny, czyli ten, który „idzie” z brzucha, ten, który wynika z tego, że ostatni posiłek jadłam 3-4-5 godzin temu? On oznacza, że jestem po prostu głodna i tu nie muszę zjadać batonika ani drożdżówki, tylko powinnam zjeść sensowny posiłek.



Głód emocjonalny z kolei może pojawić się krótko po posiłku, bo na przykład zjadłam śniadanie godzinę temu, a teraz krążę po kuchni i zastanawiam się, co by tutaj chrupnąć. Jeżeli tak jest – to prawdopodobnie jest to głód emocjonalny. Więc, jak nazwa wskazuje, potrzebuję się zająć emocjami, czyli sprawdzić co mi jest, co czuję, co mnie gniewa, co mi przeszkadza, co spowodowało, że czuję dyskomfort.

I to jest zaledwie jeden aspekt dobrych relacji z jedzeniem, do nich musimy dodać kolejne potrzeby fizjologiczne naszego organizmu, które jeżeli nie zostaną zaspokojone, to w ich miejsce pojawią się zachcianki. Czyli warto zadbać o: nawodnienie, sen, aktywność fizyczną (mam na myśli głównie chodzenie) i odpoczynek.

Co to jest prawdziwe jedzenie i dlaczego jest lepsze od produktów dedykowanych osobom dbającym o linię typu produkty high protein?

Prawdziwe jedzenie to są produkty nieprzetworzone albo mało przetworzone. Prawdziwe jedzenie to jest to jedzenie, które po prostu jemy na talerzu, które musimy pokroić, które musimy wcześniej przygotować, ugotować, upiec, zamarynować, ukusić. To jest to jedzenie, które w składzie ma bardzo niewiele składników i na dodatek to jest to jedzenie, które rozumiemy, czytając skład.

Natomiast wysokoprzetworzone jedzenie, w opozycji do prawdziwego jedzenia, to jest jedzenie zmodyfikowane i wyprodukowane przez koncerny spożywcze. Jest łatwe do pogryzienia, nie trzeba go gotować, wystarczy odwinąć z papierka, z folii i zjeść.

Jak rozpoznać wysokoprzetworzone jedzenie? Wystarczy sprawdzić skład, im skład dłuższy, tym bardziej to jedze-

nie jest przetworzone i jeżeli w składzie takiego produktu znajdują się słowa, których znaczenie musisz sprawdzić w google i substancje, których nie da się kupić osobno, to znaczy, że to jest jedzenie wysokoprzetworzone. Aktualnie badania wskazują, że właśnie ten rodzaj „żywności” w największym stopniu odpowiada za to, że się przejadamy. Jego wysoka smakowitość powoduje, że chcemy go więcej i więcej. Dlatego powinniśmy minimalizować jego ilość w codziennym jadłospisie.

Wszystkie produkty, które teraz są tak mocno popularne, czyli high protein, low carb, 7 witamin to po prostu marketingowe chwytaki. Wystarczy sprawdzić skład – jeżeli to jest high protein serek wiejski – super, jeżeli to jest high protein skyr czy kefir – świetnie, ale jeżeli to jest pudding, który w składzie ma karagen i inne dodatki, których nazw nie rozumiecie, to znaczy że to nie jest prawdziwe jedzenie i to jest produkt, po którym prawdopodobnie będziecie bardzo szybko głodni, i po którym będziecie mieć większą ochotę na słodycze.

Czy przemysł spożywczy ułatwia nam odchudzanie?

Przemysł spożywczy aktualnie próbuje zrobić wszystko, żebyśmy uzależnili się od wysokoprzetworzonej „żywności”.

Systemowo nie ma regulacji odnośnie dopuszczania produktów wysokoprzetworzonych do sprzedaży, więc musimy „doktoryzować się” z tego, co stoi na półkach w sklepie.

Jeżeli chcemy jeść dobrze, świadomie i zgodnie z tym, czego potrzebuje nasz organizm, zmuszeni jesteśmy czytać składy, pomimo tego, że na opakowaniach wszystko wydaje się zdrowe albo prozdrowotne. Niestety nie taka jest intencja producentów żywności wysokoprzetworzo-

nej, więc pamiętajmy – wracamy do prawdziwego jedzenia, wracamy do twarogu, który ma dużo białka, a niekoniecznie do puddingu o smaku 7000 cudownych wysp, który mami nas przede wszystkim słodyczą. Zwróćmy uwagę też na to, że wszystkie produkty, które będą miały w składzie cukier, syrop glukozowo-fruktozowy albo słodziki, to są te produkty, na których biznesowi spożywcemu zależy, żebyśmy ich jedli więcej i więcej. Niestety, im więcej jemy wysokoprzetworzonych rzeczy, tym mniej czujemy smaki prawdziwego jedzenia. Wzmacniacze smaku i aromaty wpływają na nasze kubki smakowe i odczuwanie smaków zwykłego, niepodkręconego sztucznie jedzenia już nie jest dla nas takie atrakcyjne.

Budujmy świadomość, uważność, nie dajmy się nabijać w butelkę i równocześnie sprawdzajmy, jak się czujemy po zjedzeniu kanapki, jajecznicy, pomidora, a jak po zjedzeniu drożdżówki ze sklepu z płazem w logo albo jak się czujemy po zjedzeniu puddingu proteinowego, który teoretycznie ma być zdrowy, a za godzinę już mamy ochotę znów coś zjeść.

Czy trend body positive jest pomocny dla osób z otyłością?

Body positivity jest trudnym tematem. Jego idea powstania była szczytna, bo miała walczyć o równość wszystkich ciał i nie mówimy tu tylko o ciałach grubych albo chudych, o otyłych i szczupłych, mówimy w ogóle o ciałach, również o osobach z niepełnosprawnościami. Natomiast to, co się teraz dzieje w kontekście body positive we mnie budzi bardzo mieszane uczucia, bo z jednej strony tak zdecydowanie potrzebujemy społecznie zaakceptować to, że otyłość jest chorobą i, krótko mówiąc, potrzebujemy odzepić się od ludzi, którzy chorują na otyłość i pozwolić im się leczyć. A z drugiej strony potrzebujemy w ramach body positive również edukować o tym, że otyłość jest chorobą i wiąże

się z wieloma innymi chorobami towarzyszącymi. Powi-
 kłań otyłości jest ponad 200, więc udawanie, że ich nie ma
 i udawanie, że nadmierna masa ciała i ciągły przyrost masy
 ciała nie jest zagrażający dla zdrowia jest wielkim przekła-
 maniem, z którym ja się totalnie nie zgadzam.

Czy słowo „gruby” to złe słowo?

Do słowa „gruby” zostało dopiętych wiele
 negatywnych rzeczy, natomiast ja bardzo
 mocno oręduję i uczę moich pacjentów, i o tym
 też rozmawiamy w trakcie naszych konsulta-
 cji, że „gruby” oznacza tylko i wyłącznie wiel-
 kość ciała. Gruby, tak samo jak chudy, wysoki, niski,
 tysi, rudy po prostu określają wygląd. Grubość urosta do
 rangi olbrzymiego problemu dlatego, że dopięto do niego
 lenistwo, brak silnej woli, brak skuteczności, zaniedbanie,
 niechlujstwo, co ma się nijak do tego jak funkcjonują osoby
 grube i jak funkcjonują osoby chude, szczupłe. Zarów-
 no gruba osoba może być niechlujna, jak i szczupła osoba
 może być niechlujna. Wysoka może być leniwa i ruda może
 być leniwa.



W pracy psychologicznej z pacjentami chorującymi na otyłość
 bardzo mocno również konfrontujemy się z tymi etykietami,
 które zostały doklejone do wielkości ciała. Odkrywamy
 też, że być może jestem mało skuteczna w obszarze reduk-
 cji masy ciała, ale jestem niebywale skuteczna we wszyst-
 kich innych obszarach życia: w pracy, w realizowaniu swoich
 pasji, osiągam olbrzymie sukcesy na różnych innych polach
 życia. Odklejanie od grubości tego negatywnego ładunku
 jest niezwykle ważne, bo pozwala dostrzec coś więcej niż
 tylko ciało i przestać siebie definiować tylko w jego kontek-
 ście i przez jego pryzmat.

Czy leki i operacja to sposób na otyłość?

Leczenie chirurgiczne jest jedną z najskuteczniejszych metod
 leczenia choroby otyłościowej. Aktualnie mamy dostępną
 również farmakoterapię i ona również wykazuje się dość
 dużą skutecznością. Pamiętać jednak musimy o tym, że
 choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą, nawracającą,
 a to oznacza, że żadne leczenie nie będzie w 100% skutecz-
 ne i że w gruncie rzeczy żaden pacjent z otyłości nie zosta-
 nie wyleczony. Operacje bariatryczne i farmakologia pozwa-
 lają pacjentowi utrzymać chorobę w remisji, redukując masę
 ciała czy wspomagając redukcję masy ciała, tak żeby prze-
 dłużać życie pacjenta i żeby choroby towarzyszące albo się
 wycofały albo nigdy się nie rozwinęły.

Czy te metody to sposób na otyłość? Nie, to są narzędzia,
 które mogą w rękach pacjenta stać się skuteczną metodą na
 to, żeby utrzymać chorobę w remisji.

Kiedy myślę o skutecznej metodzie leczenia otyłości, to
 myślę, że tą metodą jest pacjent, tym najważniejszym
 narzędziem utrzymywania choroby otyłościowej w remi-
 sji jest pacjent. Jego zaangażowanie w proces lecze-
 nia, jego zaangażowanie w szukanie wsparcia w zmia-
 nie nawyków i w reagowaniu odpowiednio szybko, kiedy
 choroba nawraca.

Apeluję do pacjentów: jeżeli czujecie, że po operacji
 bariatrycznej, czy w trakcie leczenia farmakologiczne-
 go coś wymyka się spod kontroli, nie umiecie sobie pora-
 dzić z prawidłowym jedzeniem, znowu zajadacie stres, nie
 czekajcie aż kilogramy wrócą, reagujcie od razu, szukaj-
 cie wsparcia, wróćcie do psychologa i dietetyka, u których
 byliście kwalifikując się do zabiegu lub szukajcie innych.
 Nie musicie być sami. Jeżeli dzieje się coś niepokojącego,

potrzebujecie kogoś, kto poda Wam rękę i kto przeprowadzi Was przez ten trudny proces.

Czy praca nad relacjami z jedzeniem i mierzenie się z otyłością kiedykolwiek się kończą? Czy jest to proces na całe życie?

Cały czas żyjemy nadzieją, że kiedyś wreszcie wszystko się ułoży i będzie łatwiej. Niestety, życie będzie zawsze dokładnie takie jakie jest, czyli i fajne i do bani, wesołe i smutne, będzie mnóstwo wyzwań i będzie trochę więcej spokoju, i będzie się tak działo w każdym obszarze. Liczenie na to i czekanie na to, że kiedyś będzie łatwiej i kiedyś wreszcie się to skończy, jest proszeniem się o porażkę.

Musimy pogodzić się z tym,
zaakceptować to i być w pełni świadomymi,
że jakkolwiek praca nad zmianą życia
w różnych obszarach, nie tylko w leczeniu
otyłości wymaga od nas ciągłego zaangażowania,
przede wszystkim, dlatego że nasze stare nawyki,
nasze stare strategie, które pielęgnowaliśmy
przez całe życie, są o wiele silniej zakorzenione
w nas niż nowe.

**Stare strategie nie znikną.
Ale nowe możemy wybierać w świadomy
sposób i używać ich każdego dnia.**

To wymaga zaangażowania i uważności.

Otyłość to
choroba, która
nie ustępuje
wraz z redukcją
masy ciała



Prof. dr hab. n. med. **Lucyna Ostrowska**

lekarz chorób wewnętrznych, dietetyk kliniczny,
Kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego UMB,
Prezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Na czym polega diagnostyka i leczenie otyłości?

Diagnostyka choroby otyłościowej polega przede wszystkim na zważeniu pacjenta (określeniu masy ciała w kg), zmierzeniu jego wzrostu (w metrach), określeniu wskaźnika masy ciała (BMI) oraz zmierzeniu obwodu na wysokości pasa (czyli dokładnie w linii pachowej środkowej, w połowie odległości między końcem żeber a kolcem biodrowym). Jeśli wynik pomiaru obwodu w pasie u kobiet przekracza 80 cm, a u mężczyzn 94 cm, mamy do czynienia z otyłością brzuszną (gromadzeniem się tkanki tłuszczowej trzewnej). Są to najbardziej podstawowe parametry diagnostyki choroby otyłościowej. W tej chwili mamy już dużo dokładniejszych metod, takie jak na przykład ocena składu ciała, w której precyzyjnie określamy, jaka jest zawartość tkanki tłuszczowej, tkanki mięśniowej oraz wody, a także jaka jest spoczynkowa przemiana materii. Oczywiście nie jest to metoda w tej chwili powszechnie dostępna w każdym gabinecie lekarskim, ale ośrodki zajmujące się leczeniem choroby otyłościowej dysponują sprzętem do przeprowadzenia takiej analizy. Jeszcze dokładniejsza diagnostyka – na razie dostępna jedynie w badaniach naukowych – polega na określeniu fenotypów rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w ustroju (podskórnej, trzewnej i ektopowej, czyli dodatkowo gromadzącej się w narządach albo okołonarządowo, np. w sercu i na sercu, w nerkach i na nerkach, w wątrobie lub w trzustce). W tej chwili mamy więc bardzo precyzyjne metody diagnozowania choroby otyłościowej oraz fenotypów otyłości, niemniej w badaniach przesiewowych wciąż postępujemy się wskaźnikiem masy ciała BMI i obwodem mierzonym na wysokości pasa.

Kiedy kończy się nadwaga i zaczyna się otyłość?

To dosyć trudne pytanie. Zgodnie z przyjętymi standardami, nadwaga rozpoczyna się, kiedy BMI przekracza 25 kg/m²



i nie jest większe niż 29,9 kg/m². Natomiast otyłość zaczyna się wówczas, gdy BMI jest równe albo większe 30 kg/m². I to byłaby najprostsza odpowiedź. Ale może być tak, że osoba, która ma nadwagę według powyższych kryteriów, może już chorować na otyłość, ponieważ choroba otyłościowa to nie jest defekt kosmetyczny oceniany na podstawie nadmiernej masy ciała (mierzonej w kilogramach) w stosunku do wzrostu (mierzonego w metrach), ale jest chorobą wiążącą się z nadmiernym, niekontrolowanym rozrostem tkanki tłuszczowej. Możemy też mieć fenotyp otyłości u osób teoretycznie uważanych za szczupłe – mówimy wówczas o zespole MONW (metabolic obesity in normal weight, czyli otyłości metabolicznej z prawidłową masą ciała), w którym BMI jest powyżej 25 kg/m², ale zlokalizowanie dużej ilości tkanki tłuszczowej trzewnej w pasie brzusznej generuje występowanie takich samych powikłań, jakie występują w chorobie otyłościowej. Tak więc odpowiadając na pytanie, kiedy zaczyna się nadwaga, a kiedy otyłość, musimy zestawić ze sobą i porównać wszystkie znane nam parametry, czyli BMI, obwód pasa oraz skład ciała.

Dlaczego otyłość jest jak rak i ma tendencję do nawrotów?

Otyłość jest chorobą wieloprzyczynową, która nie ustępuje wraz z redukcją masy ciała, bo redukcja masy ciała to zwykle zmniejszenie zarówno tkanki tłuszczowej, jak i mięśniowej, a u części pacjentów również zmniejszenie ilości wody zgromadzonej w ustroju. Jednym z powodów nawrotu choroby otyłościowej jest to, że wraz ze stosowaniem restrykcji żywieniowych włączają się mechanizmy adaptacyjne organizmu, czyli zwiększa się wydzielanie hormonu żołądkowego, greliny (odpowiedzialnej za wzrost chęci jedzenia), a obniża się wydzielanie hormonów jelitowych: GLP-1, GIP, cholecystokininy, peptydu PYY i innych (odpowiadających

za poczucie sytości poposiłkowej). W związku z tym dochodzi do wzrostu łaknienia wskutek zwiększonego pobudzenia ośrodka głodu przez grelinę, a małego stymulowania ośrodka sytości przez hormony jelitowe. I stąd pacjent ponownie zwiększa spożycie pokarmów, co zaburza bilans energetyczny, a nadmiar przyjętych kalorii magazynuje się w tkance tłuszczowej. Drugą przyczyną nawrotu choroby otyłościowej może być zbyt szybka redukcja masy ciała, podczas której ubywa zbyt dużo tkanki mięśniowej, a im mniej jest masy mięśniowej, tym wolniejszy jest metabolizm pacjenta. Czyli mówiąc wprost, jeśli pacjent zaczyna „szybkie odchudzanie” ze spoczynkową przemianą materii 1860 kcal, to w trakcie procesu redukcji masy ciała, przy dużym zmniejszeniu masy mięśniowej, spoczynkowa przemiana materii może się obniżyć do 1460 kcal. A to oznacza, że u pacjenta zmniejsza się zapotrzebowanie energetyczne, więc żeby utrzymać tę zredukowaną masę ciała, musi dostarczać zdecydowanie mniej energii, co często jest bardzo trudne. Te mechanizmy utrudniają nam leczenie choroby otyłościowej i powodują jej nawroty. Niestety każdy nawrót pogłębia zaburzenia metaboliczne, a tkanka tłuszczowa zaczyna penetrować nie tylko magazyny podskórne i trzewne, ale również rozrasta się ektopowo na inne narządy i układy.

Dlaczego tak się dzieje, że niektóre osoby mogą jeść wszystko, nie muszą szczególnie się pilnować i są szczupłe, a inne żyją niemal o liściu sałaty i ciągle tyją?

Najprawdopodobniej przyczyna leży w predyspozycjach genetycznych lub w zaburzeniach metabolicznych, hormonalnych, czy w zaburzonych mechanizmach wydatkowania energii. Są wśród nas takie osoby, które mają niską spoczynkową przemianę materii – bardzo często są to osoby, które mają też małą masę mięśniową, a masa mięśniowa to duże



możliwości metabolizowania energii. Dlatego im mniejsza jest masa mięśniowa, tym metabolizm jest wolniejszy. Powinniśmy wtedy dostarczać mniej kaloryczne pokarmy, bo organizm potrzebuje mniej energii do prawidłowego funkcjonowania i w dodatku wolniej ją wydatkuje. W badaniach naukowych, które prowadzę wśród osób chorującymi na otyłość, widzę, że osoby te zupełnie inaczej metabolizują główne składniki odżywcze, czyli białka, tłuszcze i węglowodany. Bardzo powoli metabolizowane są zwłaszcza tłuszcze. Często u tych osób odnotowuję wysokie stężenie triglicerydów w surowicy krwi, utrzymujące się bardzo długo po posiłku, nawet przez cztery i więcej godzin, podczas gdy u osób, które mają prawidłowy metabolizm, stężenia te obniżają się już po godzinie czy dwóch. Im dłużej trwa utlenianie tłuszczów, tym większa jest tendencja do magazynowania ich w postaci tkanki tłuszczowej. Kolejnym zjawiskiem, które obserwuję u osób, które „jedząc liść sałaty, nie mogą zredukować masy ciała”, to zaburzone wydatkowanie energii w procesach termoregulacyjnych, czyli gorsze rozpraszanie

energii cieplnej w ustroju. Zaburzenia procesów termoregulacji często można zaobserwować u pacjentów z niedoczynnością tarczycy lub z chorobą Hashimoto. Jeśli mniej wydajemy energii, to musimy spożywać dużo mniej pokarmu, będącego źródłem dowozu tej energii do ustroju. Dlatego osoby, które mają zwolniony metabolizm, niskie zapotrzebowanie energetyczne i wolne jej wydatkowanie, to nawet, jeśli jedzą mało, nie są w stanie zredukować masy ciała.

Dlaczego jest tak, że kiedy zredukujemy masę ciała i następuje nawrót, to kilogramów zawsze przybywa więcej niż wcześniej straciliśmy?

Nie lubię określenia „efekt jojo”, ponieważ nie jest to efekt odbicia, tylko nawrót choroby. Kiedy stosujemy różne „cudowne diety” albo „cudowne diety” w połączeniu z dużą aktywnością fizyczną (czy to w obecności trenera, czy jeżdżąc na rowerze, czy uprawiając inną formę ruchu) następuje redukcja masy ciała (bo dochodzi do ujemnego bilansu energetycznego). Ale następnie włączają się w ustroju mechanizmy adaptacyjne, o których wcześniej mówiłam, czyli zwiększenie wydzielania greliny w żołądku (stąd zwiększenie poczucia głodu), a zmniejszenie wydzielania hormonów jelitowych (co generuje osłabienie odczuwania sytości w trakcie posiłku i sytości odczuwanej między posiłkami). Ponadto może dojść do wspomnianego już obniżenia spoczynkowej przemiany materii. W konsekwencji oznacza to, że jeśli zrezygnuje się z reżimu żywieniowo-ruchowego i powróci do starych nawyków, to nie można już zjeść tyle (energii zgromadzonej w pokarmach), ile jadło się przed „odchudzaniem”. Stąd spożycie pożywienia powinno być znacznie mniejsze, bo teraz zapotrzebowanie energetyczne ustroju jest mniejsze. Często nie udaje się



tego wykonać ze względu na zwiększone odczuwanie głodu i stąd przyrost kilogramów (oceniany na wadze) jest zwykle większy niż na początku procesu redukcji masy ciała.

Gdzie szukać pomocy?

Otyłość to choroba, dlatego wymaga profesjonalnego leczenia, poprzedzonego wnikliwą diagnozą lekarską. Pierwszym krokiem powinna być wizyta u lekarza rodzinnego, ponieważ część pacjentów (z chorobą otyłościową powikłaną chorobami metabolicznymi) może uzyskać pomoc u niego oraz u specjalistów, do których lekarz rodzinny może skierować, na przykład endokrynologa, diabetologa czy kardiologa, w ramach opieki koordynowanej. Jeśli natomiast lekarz rodzinny nie będzie w stanie zapewnić odpowiedniego wsparcia, powinien skierować pacjenta do specjalisty zajmującego się leczeniem otyłości. W tym momencie specjalizacji z obesitologii w Polsce nie ma, ale jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości certyfikujemy lekarzy, czyli kształcimy ich i egzaminujemy, a następnie nadajemy certyfikację PTLO w zakresie umiejętności leczenia choroby otyłościowej. Listę certyfikowanych lekarzy i ośrodków można znaleźć na załączonej mapie Polski. Warto odszukać, gdzie przyjmuje (najbliżej miejsca zamieszkania) lekarz, który zajmuje się leczeniem choroby otyłościowej.



Jaką rolę pełnią nowoczesne leki i czy mają one szansę zastąpić operację bariatryczną?

Współczesne leki są rzeczywiście bardzo dobrym narzędziem w rękach lekarza, wspierającym proces leczenia choroby otyłościowej. Nie znaczy to jednak, że lek zastąpi wszystko w procesie terapeutycznym. Lekarz wypisując receptę na lek i projektując strategię leczenia choroby otyłościowej, powinien poinformować pacjenta o tym, że aby osiągnąć sukcesy terapeutyczne i utrzymać je w czasie, konieczne jest podjęcie również terapii nefarmakologicznej (behawioralnej). Lek ma pacjentowi umożliwić zmianę dawnego stylu życia, kontrolę ilości przyjmowanej żywności (wielkość porcji) i jej jakości (czasami nawet zmieniając preferencje smakowe), co bez leku często jest niemożliwe. Otyłość to choroba biologiczna, choroba, która powoduje zaburzenia neurohormonalne dotyczące m.in. wydzielania hormonów sytości i głodu czy zaburzenia kontroli ośrodka nagrody. To choroba, która również zaburza inne mechanizmy regulujące równowagę energetyczną w ustroju. Często obserwuję jednak, że przy kompleksowym leczeniu tej choroby z udziałem farmakoterapii, dającym skuteczną redukcję masy ciała oraz realizującym inne cele terapeutyczne (poprawę parametrów węglowodanowych, lipidowych, sprawności ogólnej pacjenta, jakości życia i inne) - pacjent nabywa większej chęci i możliwości podejmowania zwiększonej aktywności fizycznej oraz zmian w swoich relacjach z jedzeniem, snem, relaksacją...

Współczesne badania naukowe pokazują, że zastosowanie nowoczesnej farmakoterapii może poprawić fizjologiczną sygnalizację w ośrodku sytości i głodu, czy w ośrodku nagrody oraz poprawić zaburzone procesy metaboliczne w ustroju. Ułatwia to pacjentowi powrót do właściwego

żywienia i może bardziej zmotywuje do zwiększenia aktywności ruchowej. Czy zatem farmakoterapia może z czasem zastąpić chirurgię bariatryczną? I tak i nie... Jeśli pacjent ma bardzo dużą otyłość (BMI przekracza 40 kg/m²) i bardzo trudno leczące się z udziałem farmakoterapii powikłania, jak cukrzyca typu 2 czy choroby układu sercowo-naczyniowego, to często jest to już ten etap, że trzeba się poddać zabiegowi chirurgicznemu. Natomiast osoby, które jeszcze nie mają tak dużych powikłań i mogą podjąć skuteczną kompleksową terapię, w której jednym z elementów jest farmakoterapia, być może nie będą musiały poddawać się zabiegom chirurgii bariatrycznej. Na pewno chirurgia bariatryczna powinna zostać zaproponowana pacjentowi, który nie odnosi sukcesów terapeutycznych – ale nie chodzi tu o spektakularną redukcję masy ciała, tylko o osiąganie celów terapeutycznych postawionych pacjentowi (również związanych z powikłaniami choroby otyłościowej).

Czy osoby chorujące na otyłość są skazane na to, żeby stale mierzyć, liczyć, ważyć? Jakich rad można udzielić odnośnie sposobu odżywiania się, takiego codziennego na stałe, a nie akcji na kilka tygodni?

Przede wszystkim należy odwiedzić dietetyka medycznego, który obliczy zapotrzebowanie energetyczne pacjenta (w kilokaloriach na dobę) albo zmierzy to zapotrzebowanie z wykorzystaniem metody bioimpedancji BIA. Czy to oznacza, że pacjent będzie musiał zawsze ważyć, mierzyć i liczyć te kalorie? Nie, ale warto byłoby, żeby dietę odpowiednią do zapotrzebowania energetycznego danego pacjenta ułożył dietetyk i żeby przynajmniej przez tydzień sprawdzić, jakie ilości kalorii zostały zaproponowane na śniadanie, na drugie śniadanie, obiad, podwieczorek i na kolację. W ten sposób zorientujemy się, na ile możemy sobie pozwolić,

ponieważ nie da się żyć z kartką i wagą przez całe życie, bo o takich pacjentach rozmawiamy. Warto ustalić z dietetykiem, czy na przykład projektując śniadanie, ma to być jedna kanapka, dwie, czy może trzy. Czy na drugie śniadanie ma być największy owoc, jaki leży na półce, czy owoc wielkości naszej zamkniętej dłoni. I jaki ma być to owoc. Wiadomo, że pół talerza obiadowego powinny stanowić warzywa. Ale czy mają to być warzywa surowe czy gotowane? 1/4 talerza powinno wypełnić białko, czyli porcja mięsa, ryby lub jajek, którą możemy odmierzyć wielkością naszej dłoni (bez palców). Pozostałe 1/4 talerza powinny wypełnić węglowodany. Węglowodany także lubię odmierzać dłonią pacjenta i mówię, że dla pań są to dwie „łapki” pieczywa na

dzień, a dla panów trzy. Zamiast pieczywa do obiadu możemy zjeść 2-3 łyżki kaszy lub 2-3 małe ziemniaki lub 2-3 łyżki makaronu. Podobnie możemy odmierzać przy podwieczorku (czyli na przykład owoc wielkości zamkniętej garstki) oraz przy kolacji, która powinna być spożywana nie później niż o godzinie 18-19 i zawierać porcję warzyw, porcję białka i jak najmniejszą ilość węglowodanów.

Może dodajmy jeszcze zdanie o pacjentach bariatrycznych, bo u nich ten talerz trochę inaczej wygląda, prawda?

Zarówno u pacjentów po operacjach bariatrycznych, jak i u pacjentów aktualnie poddawanych leczeniu farmakologicznemu talerz ten wygląda trochę inaczej – dla nich proporcje białka powinny być większe i stanowić 1/3 talerza, a nie 1/4. Kolejna 1/3 talerza to warzywa i ostatnia 1/3 to węglowodany złożone (bez cukrów prostych).

Od czego zależy utrzymanie choroby otyłościowej w remisji?

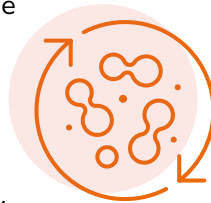
Przede wszystkim od „poskromienia” mechanizmów adaptacyjnych ustroju oraz od obrony ustroju przed stałym dążeniem do osiągnięcia najwyższego zapamiętanego punktu metabolicznego i zachowania zgromadzonej wcześniej energii. Dlatego znowu wspominać o narastającym z czasem wydzielaniu hormonu głodu (greliny) i obniżonym wpływie hormonów sytości. Te właśnie mechanizmy są „przeszkadzaczami” w utrzymaniu choroby otyłościowej w remisji. Bo kiedy wzrasta sygnalizacja pobudzająca ośrodek głodu, trudno jest utrzymać reżim zmniejszonego spożycia – organizm jak „gąbka” chce się nasycić i domaga się dowozu energii z zewnątrz, z pożywieniem, zamiast wydatkować (zmniejszać) własne zasoby energii zgromadzone w tkance tłuszczowej. Dlatego tak ważne jest wsparcie farmakologiczne, które pozwala utrzymać „w ryzach” hormony sytości (ich fizjolo-

Decyzje żywieniowe powinny być konsultowane z dietetykiem medycznym.



giczne, zwiększone stężenia w ustroju), po to, żeby nie było ponownej chęci zwiększania spożycia. Obserwując działanie współczesnych leków tzw. inkretynowych, widzimy, że mają one również wpływ na poprawę zaburzonych w otyłości procesów metabolicznych.

Niestety, tak ta choroba wygląda. Istotne jest uświadomienie sobie, że jest to choroba, która ma tendencję do nawrotów, a więc jeżeli widzimy, że ponownie zwiększa się uczucie głodu, to trzeba ponownie zwrócić się do lekarza o pomoc, o wsparcie farmakologiczne, które jest dobrym gwarantem utrzymania choroby w remisji. Ale sami też musimy coś od siebie dać, bo lek to nie wszystko, a utrzymanie choroby w remisji to jednak przede wszystkim pilnowanie prawidłowego stylu życia – prawidłowych nawyków żywieniowych, ilości i jakości żywności oraz polubienie zwiększonej, indywidualnie dobranej aktywności fizycznej, którą jesteśmy w stanie wykonywać na przestrzeni swojego całego życia. To również dbanie o sen – nie mniej niż 5 i nie więcej niż 8 godzin na dobę. Trzeba też znaleźć odpowiednią dla siebie technikę rozładowywania emocji, na pewno nie w postaci nadmiernego spożycia pokarmów słodkich czy przekąskowych.



Dlaczego otyłości się nie odchudza? Dlaczego redukcja masy ciała nie jest celem leczenia otyłości?

Otyłości się nie „odchudza”, ponieważ choroba otyłościowa to nie jest nadmierna masa ciała. Choroba otyłościowa to jest zaburzenie homeostazy energetycznej, powodujące nadmiar niekontrolowane gromadzonej w ustroju tkanki tłuszczowej (szczególnie niekorzystnej tkanki tłuszczowej trzewnej i tkanki tłuszczowej ektopowej – gromadzącej się w narządach i na ich powierzchni). Więc leczenie tej choroby nie może pole-

gać na „odchudzaniu” masy ciała, a musi polegać na zmniejszeniu pola nagromadzonej tkanki tłuszczowej, tej najbardziej szkodliwej, najbardziej zaburzającej cały metabolizm, wydzielającej szereg cytokin zapalnych. To właśnie dlatego skład ciała, a nie liczba traconych kilogramów, jest kluczowy w ocenie skuteczności leczenia otyłości. W leczeniu tym zależy nam na poprawie zdrowia pacjenta: obniżeniu stężenia glukozy we krwi, poprawie profilu lipidowego, obniżeniu ciśnienia tętniczego i redukcji stanów zapalnych w organizmie, a tym samym na zmniejszeniu powikłań oraz czynników ryzyka, które choroba otyłościowa niesie ze sobą. Regularnie powinno się zatem monitorować glikemię, lipidogram, enzymy wątrobowe czy ciśnienie krwi, a także analizować skład ciała pacjenta – nie tylko poprzez BMI, ale przede wszystkim poprzez pomiar tłuszczu trzewnego i masy mięśniowej. Ostatnim celem leczenia otyłości jest więc nie samo „schudnięcie”, lecz poprawa zdrowia metabolicznego, zmniejszenie ryzyka powikłań i wydłużenie życia w dobrej jakości.

Operacje bariatryczne to jeden z najbezpieczniejszych działów chirurgii



Prof. dr hab. n. med. Piotr Major

chirurg, bariatra,
Koordynator, Centrum Chirurgicznego Leczenia Otyłości, Oddział
Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów
Nagłych, Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej TChP

Dla jakich pacjentów operacja bariatryczna jest najlepszym rozwiązaniem?

Operacje bariatryczne i metaboliczne są doskonałym rozwiązaniem dla pacjentów chorujących na otyłość, zwłaszcza tych, którzy osiągnęli otyłość najcięższego, trzeciego stopnia. Są to pacjenci, u których wskaźnik masy ciała BMI przekracza 40, bądź pacjenci z nieco niższym wskaźnikiem masy ciała, pomiędzy 35 a 40 BMI, u których rozwinęły się już typowe dla otyłości powikłania, np.: cukrzyca typu drugiego, nadciśnienie tętnicze lub obturacyjny bezdech senny.

Jakie są korzyści operacji bariatrycznej i jakich efektów można się spodziewać po operacji?

Głównym efektem zabiegów bariatrycznych i metabolicznych jest redukcja masy ciała. Nie jest to jednak główny cel. Naszym głównym celem jest poprawa zdrowia naszych pacjentów, remisja chorób towarzyszących, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, wysoki cholesterol czy obturacyjny bezdech senny, a to wszystko przekłada się na istotne wydłużenie życia i poprawę jego jakości.



Jakie kryteria należy spełnić, by zakwalifikować się do operacji?

Kwalifikacja do operacji bariatrycznych i metabolicznych realizowanych w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ odbywa się głównie w oparciu o wskaźnik masy ciała BMI. Jeżeli BMI przekroczyło 40, należy u chorego zaproponować leczenie chirurgiczne. Również w sytuacji, kiedy mamy niższe BMI, między 35 a 40, ale u chorego występują już typowe powikłania otyłości, takie jak cukrzyca, nadci-

śnienie, wysoki cholesterol, obturacyjny bezdech senny, należy takiego chorego pokierować do leczenia chirurgicznego. Aktualnie na świecie wskazania do zabiegów bariatrycznych zostały obniżone, ale NFZ nie uwzględni tego jeszcze w swoich zasadach finansowania.

Dla kogo operacja nie jest wskazana? W jakich sytuacjach pacjent nie jest dopuszczony do operacji?

Operacji bariatrycznych nie zaleca się u kobiet w ciąży, u pacjentów chorujących na przewlekłe, wyniszczające choroby, które jednoznacznie skracają życie, oraz u pacjentów niewspółpracujących, którzy nie podjęli jeszcze decyzji, aby poddać się zabiegowi bariatrycznemu.

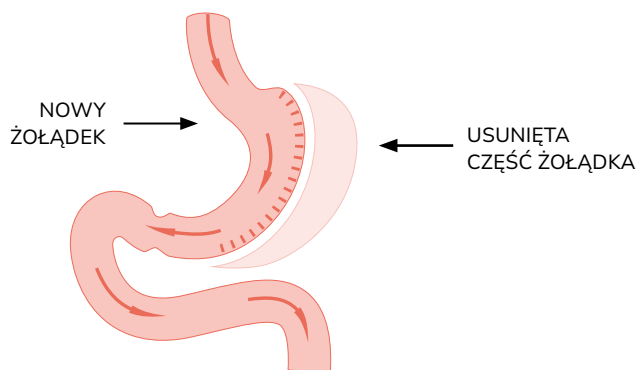
Czy jest dolna lub górna granica wieku dopuszczenia do operacji bariatrycznej?

Największe korzyści z leczenia bariatrycznego odnoszą pacjenci między osiemnastym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia i takie granice wieku znajdują się w oficjalnych polskich rekomendacjach. Wiemy jednak, że zabiegi bariatryczne można realizować zarówno u osób młodszych, jak i u osób starszych. W przypadku dzieci i młodzieży kwalifikacja jest dużo bardziej restrykcyjna i zajmują się tym ośrodki leczenia dla dzieci i młodzieży. W przypadku osób po sześćdziesiątym piątym roku życia, uważa się, że rozwiązaniem optymalnym jest indywidualne podejście do danego pacjenta, które może pozwolić na leczenie bariatryczne osób starszych. Należy jednak pamiętać, że wyniki leczenia osób starszych są nieco gorsze, a ryzyko związane z leczeniem wyższe niż w przypadku osób młodych.

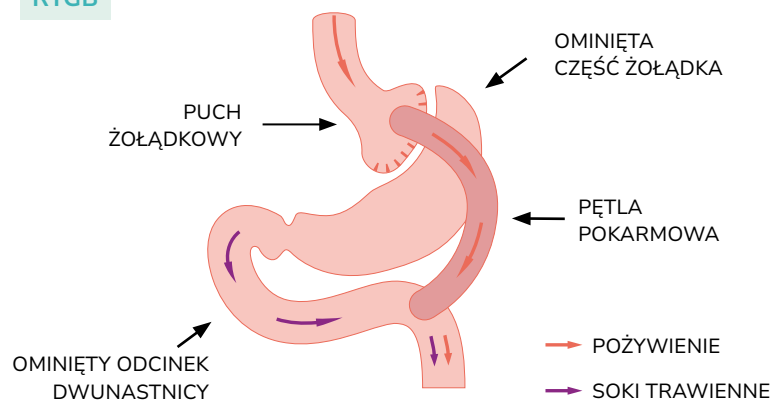
Jakie są rodzaje operacji?

Aktualnie chirurgia bariatryczna i metaboliczna oferuje szereg różnych rozwiązań. Mamy zarówno operacje polegające na zmniejszeniu objętości żołądka jak rękawowa resekcja żołądka, jak i operacje polegające na wyłączeniu części przewodu pokarmowego z prawidłowego funkcjonowania, jak na przykład operacja wyłączenia żołądkowo-jelitowego, potocznie zwana gastric bypass.

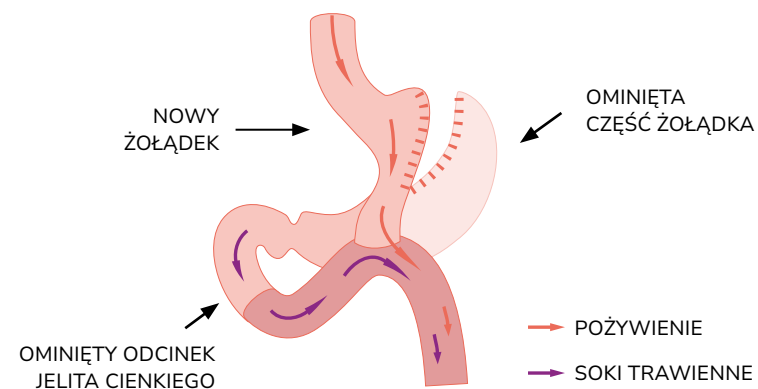
GS



RYGB



OAGB



Jak dobiera się rodzaj operacji do pacjenta?

Każdorazowo o typie operacji decyduje lekarz wspólnie z pacjentem i zespołem bariatrycznym. Należy pamiętać, że decyzja o tym, jaką procedurę wybierzemy u danego pacjenta, musi być podejmowana indywidualnie w zależności od potrzeb danego chorego. Dobór odpowiedniej metody leczenia do potrzeb danego pacjenta jest niezbędny do uzyskania optymalnych wyników leczenia.

Co to jest grelina i jaka jest jej funkcja?

Grelina jest hormonem, który każe nam jeść. Grelina produkowana jest przede wszystkim w tej części żołądka, którą w trakcie rękawowej resekcji żołądka, chirurg usuwa. Efekt zmniejszenia łaknienia, wynikający z obniżenia poziomu greliny we krwi po zabiegu operacyjnym, nie jest jednak trwały. Po pewnym czasie inne odcinki przewodu pokarmowego zwiększają wydzielanie greliny. Dlatego tak ważne jest to, żeby wykorzystać czas po operacji, gdy poziom łaknienia jest

niższy na przemodelowanie swoich decyzji i wyborów żywieniowych oraz wdrożyć prozdrowotny styl życia.

Czy operacja bariatryczna jest bezpieczna?

Operacje bariatryczne są uznawane za procedury bezpieczne, należy jednak pamiętać, że każda interwencja chirurgiczna wiąże się z pewnym ryzykiem, a chirurgiczne leczenie otyłości stanowi najbardziej radykalną formę leczenia otyłości.

Jakie są ryzyka związane z operacją bariatryczną?

Operacje bariatryczne wiążą się z ryzykiem typowym dla zabiegów chirurgicznych. Uważa się jednak, że to ryzyko w przypadku bariatrii jest bardzo niewielkie i powszechnie uznaje się chirurgię bariatryczną za bardzo bezpieczny dział chirurgii. Należy jednak pamiętać o pewnych negatywnych konsekwencjach, które mogą pojawić się w wyniku leczenia bariatrycznego u naszych pacjentów w przyszłości.

Jakie to mogą być ryzyka?

Jeżeli chodzi o ryzyko związane z operacją i działalnością chirurga, zawsze chirurdzy boją się typowych powikłań chirurgicznych. Boimy się krwawień, nieszczelności żołądka, powikłań w okresie około operacyjnym. Najczęstszymi konsekwencjami, które mogą negatywnie odbić się na zdrowiu pacjentów, wynikającymi z operacji bariatrycznych, mogą być na przykład: refluks żołądkowo-przetykowy, niedobory witaminowe, anemia.

Czy takie powikłania są częste?

Powikłania w chirurgii bariatrycznej należą do rzadkości. Ten odsetek szacuje się w promilach, więc można uznać, że chirurgia bariatryczna jest bardzo bezpiecznym działem chirurgii. Jeżeli chodzi o negatywne konsekwencje opera-

cji bariatrycznych i metabolicznych, to tutaj przede wszystkim mówimy o refluksie żołądkowo-przetykowym, o niedoborach witaminowych, o anemii. Są to jednak konsekwencje, które występują u nielicznej grupy pacjentów i zazwyczaj jesteście w stanie doskonale sobie z nimi poradzić.

Niektórzy mówią, że operacja bariatryczna to okaleczenie. Czy tak jest?

Niewątpliwie operacje bariatryczne to najbardziej radykalne rozwiązanie, jeżeli chodzi o leczenie otyłości. Nie nazwałbym tego jednak okaleczeniem. Uważam, że tego typu rozwiązanie, nawet jeżeli jest tak bardzo radykalne, jest w stanie poprawić jakość, długość i komfort życia naszych pacjentów.

Czy kobieta borykająca się z otyłością i chcąc jednocześnie zajść w ciążę powinna rozważyć operację przed czy po porodzie?

To wszystko zależy od indywidualnych potrzeb pacjentki. W sytuacji, kiedy u pacjentki były podejmowane próby zajścia w ciążę i z powodu otyłości były one nieskuteczne, to u takich pacjentek należy rozważyć leczenie bariatryczne, następnie odczekanie około 1,5 roku i ponowne próby zajścia w ciążę. Druga grupa pacjentek to pacjentki chorujące na otyłość, które do tej pory nie podejmowały próby zajścia w ciążę – u takich osób zaleca się, aby podjąć próbę zajścia w ciążę. I dopiero po pewnym czasie podjąć decyzję o leczeniu bariatrycznym.

Jaka jest droga pacjenta od podjęcia decyzji o operacji do znalezienia się na stole operacyjnym?

Pacjent, który rozważa leczenie bariatryczne bądź podjął już taką decyzję, musi zgłosić się do swojego lekarza

rodzinnego bądź dowolnego specjalisty, z którym ma kontakt, z prośbą o wystawienie skierowania do poradni chirurgicznej z rozpoznaniem E66.0, oznaczającym otyłość. Z takim skierowaniem pacjent powinien zgłosić się do dowolnej poradni chirurgicznej znajdującej się w ośrodku, który realizuje świadczenia z zakresu chirurgicznego leczenia otyłości. W takim ośrodku pacjent przejdzie proces kwalifikacji, a w momencie, kiedy zostanie zakwalifikowany do leczenia chirurgicznego, rozpocznie się proces przygotowania pacjenta do operacji. Zostanie pokierowany na konsultacje do dietetyka, psychologa, zostanie sprawdzony i zoptymalizowany jego stan zdrowia. Wszystko po to, aby w sposób bezpieczny i skuteczny trafić do oddziału chirurgicznego.

Jak wybrać ośrodek, w którym wykonam operację. Czym się kierować?

Wybierając ośrodek, w którym rozpoczniemy leczenie bariatryczne, należy kierować się kilkoma aspektami. Po pierwsze lokalizacją ośrodka – uważam, że powinien być blisko miejsca zamieszkania po to, aby z takim ośrodkiem móc być w stałym kontakcie, żeby było wygodnie zarówno pacjentowi, jak i zespołowi prowadzącemu. Po drugie, należy brać pod uwagę doświadczenie ośrodka – powinniśmy wybierać takie, które mają duże doświadczenie w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej, ponieważ to jest gwarancją bezpieczeństwa.



Jakimi kryteriami warto kierować się, wybierając chirurga?

Po pierwsze, na pewno istotne jest doświadczenie operatora. Doświadczony chirurg to gwarancja bezpieczeństwa części operacyjnej naszego leczenia. Należy pamię-

tać również o tym, że sam chirurg to za mało. W chirurgii bariatrycznej kluczowy jest dostęp do dietetyka, psychologa, koordynacji, wszystkich tych działań interdyscyplinarnego zespołu, należy więc wybierać takich chirurgów, którzy mogą nam zagwarantować dostęp do pozostałej grupy specjalistów.

Jaki jest czas oczekiwania na operację?

Czas oczekiwania na operację będzie różnił się pomiędzy ośrodkami w zależności od długości kolejki w danym ośrodku. Czymś zupełnie innym jest czas, jaki powinniśmy przeznaczyć na przygotowanie do zabiegu. Uważa się, że nie powinien być to czas krótszy niż trzy miesiące. Podczas tych trzech miesięcy bądź dłuższego czasu musimy odbyć wymagane konsultacje z dietetykiem, psychologiem i innymi specjalistami.

Jak należy przygotować się do operacji?

Dobre przygotowanie do operacji bariatrycznej to klucz do sukcesu. Aby zoptymalizować wyniki leczenia, należy pracować kwestie związane z nowymi nawykami żywieniowymi i aktywnością fizyczną, przy współpracy z psychologiem przemodelować myślenie o odżywianiu, a także rzucić palenie i zadbać o inne medyczne aspekty przygotowania.

Czy przygotowanie do operacji bariatrycznej obejmuje konieczność zmniejszenia masy ciała?

Redukcja masy ciała w okresie przedoperacyjnym jest bardzo ważnym aspektem przygotowania do leczenia chirurgicznego. Po pierwsze, ma na celu pokazać motywację pacjenta, który podejmując decyzję o leczeniu chirurgicznym, redukuje masę ciała, chcąc lepiej przygotować się do zabiegu. Po drugie, poprawia bezpieczeństwo operacji.

Jakie badania należy wykonać przed operacją?

Lista badań koniecznych do zrealizowania w okresie przedoperacyjnym jest zawsze indywidualnie dobierana do potrzeb pacjenta. Są jednak takie badania, które należy wykonać u wszystkich kandydatów do leczenia bariatrycznego – w ich skład wchodzi między innymi gastroskopia, aby ocenić żołądek, spirometria, aby ocenić wydolność układu oddechowego i echo serca, aby ocenić nasze serce.

Jak powinna wyglądać praca z zespołem interdyscyplinarnym przed i po operacji?

Otyłość nie jest chorobą żołądka, otyłość to problem hormonalny i związany z naszymi emocjami i relacjami z jedzeniem. W związku z tym sama interwencja chirurga na żołądku nie wyleczy pacjentów z otyłości, dlatego tak ważna jest współpraca z zespołem interdyscyplinarnym, w skład którego wchodzi dietetycy, psychologowie, inni specjaliści i koordynatorzy. Wszystko po to, aby przygotować naszą głowę do tego, co da nam operacja.

Z punktu widzenia chirurga bariatry, jak ważna jest pomoc, wsparcie dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty?

Wsparcie wszystkich członków zespołu bariatrycznego, z punktu widzenia chirurga, jest kluczowe do tego, aby optymalnie przygotować pacjenta oraz w sposób bezpieczny i skuteczny nadzorować redukcję masy ciała, którą będziemy obserwować po leczeniu bariatrycznym. Jeżeli chodzi o kwestię dietetyka, kluczowe jest wyeliminowanie niekorzystnych nawyków żywieniowych i zastąpienie ich prawidłowymi. Jeżeli chodzi o kwestie psychologiczne, ważne jest wykluczenie pewnych psychopatologii przed operacją, jeżeli potwierdzimy jakieś problemy, z którymi pacjent się bory-

ka oraz zastosowanie odpowiednich i adekwatnych interwencji, a także praca nad motywacją pacjenta, aby w pełni skorzystał z tego, co chirurg ma mu do zaoferowania. Optymalnie, jeśli nad wszystkim czuwa również zespół fizjoterapeutyczny, który zadba o kwestię zdrowia fizycznego naszych pacjentów.

Czy można wykonać operację prywatnie?

Chirurgia bariatryczna jest aktualnie bardzo pręźnie rozwijającą się dziedziną, również w ośrodkach komercyjnych. Jak najbardziej jest to możliwe do zrealizowania, należy jednak pamiętać o tym, aby wybierać ośrodek bardzo rozważnie tak, aby leczenie było dla nas bezpieczne.

Czy nowoczesne leki anty GLP-1 mogą zastąpić operacje bariatryczne?

Możliwości, które daje nam nowoczesna farmakoterapia należy rozpatrywać nie jako alternatywę dla leczenia bariatrycznego, ale jako opcję dodatkowego wspomaganie dla pacjentów, zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i pooperacyjnym. Wsparcie farmakologiczne może poprawić wyniki leczenia chirurgicznego. Ale jest również grupa pacjentów, która nie kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego, u których farmakoterapia może być skutecznym rozwiązaniem w walce z otyłością.



Z wystąpieniem jakich chorób łączy się otyłość?

Otyłość jako choroba to nie tylko nadmierne kilogramy, to szereg przewlekłych, trudno leczących się chorób, które prowadzą do skrócenia życia. Między innymi to cukrzyca

typu drugiego, nadciśnienie tętnicze, obturacyjny bezdech senny, depresja, bezpłodność, nowotwory, problemy kostno-stawowe i około 200 innych jednostek chorobowych.

Jakich rezultatów mogę się spodziewać po operacji i jak szybko?

Operacje bariatryczne niewątpliwie prowadzą do redukcji masy ciała. Stopień redukcji masy ciała jest zależny od danego pacjenta i należy to za każdym razem rozpatrywać indywidualnie. Ogólnie można powiedzieć, że w pierwszym roku po leczeniu operacyjnym efekty będą najbardziej spektakularne. Pierwsze półrocze to miodowy okres dla pacjenta, kiedy kilogramy „lecą” z dnia na dzień. Należy jednak pamiętać, że bez zmian w zakresie nawyków żywieniowych i stylu życia, dalsza redukcja masy ciała i utrzymanie dotychczas osiągniętego efektu będą bardzo trudne.

**Brak kontaktu
z ośrodkiem
operującym
to najczęstsza
przyczyna
nawrotu
choroby
otyłościowej**



Prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski

chirurg, bariatra,
Kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej
i Bariatrycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym
im. prof. W. Orłowskiego CMKP,
Prezes-Elekt Towarzystwa Chirurgów Polskich,

Są różne rodzaje operacji bariatrycznych – dla kogo, jaki rodzaj jest najlepszy?

Operacji bariatrycznych jest kilka, ale najczęściej wykonywaną w ogóle na świecie, nie tylko w Polsce, jest rękawowa resekcja żołądka (sleeve). Na drugim miejscu jest gastric bypass (GB). Pozostałych operacji, czyli mini gastric bypass, operacja SADI czy operacja SASI, wykonuje się znacznie mniej. Dla kogo jaka operacja? Najczęściej mamy pacjentów niezbyt obciążonych wielochorobowością i dla nich zwykle najlepsza jest rękawowa resekcja żołądka. Natomiast u pacjentów na przykład z ciężką cukrzycą czy chorobą refluksową przetyku rękawowa resekcja żołądka nie będzie najlepszą opcją i tym osobom proponujemy zwykle gastric bypass. Jest to operacja dosyć skuteczna, chętnie wykonywana w krajach Europy Zachodniej, natomiast u nas niezbyt popularna.

Czy to prawda, że dla pacjentów, których największym problemem są stłoczycze wskazana jest operacja GB, a dla tych, którzy nadmiernie dużo jedzą – sleeve?

Nie do końca tak jest. Jeżeli mamy pacjenta, który spożywa bardzo dużo słodkiego jedzenia, to on przede wszystkim wymaga pomocy innych specjalistów, nie chirurga, a psychologa, dietetyka, może lekarza obesitologa, który zajmuje się leczeniem pacjentów zachowawczo. Dla chirurga najlepszy pacjent to taki, który jest już po konsultacjach z psychologiem i dietetykiem, i w zależności od tego, jakie ma nawyki żywieniowe, to taką proponujemy mu operację. Oczywiście to, ile kto je nie ma w ogóle żadnego związku ze sposobem operacji, jaki zaproponujemy, natomiast duży wpływ mają choroby towarzyszące. Względnie zdrowym osobom zwykle proponujemy rękawową resekcję żołądka. Proponujemy ją też osobom z otyłością olbrzymią, ważą-

cym 180-190 kilogramów, ze względu na to, że jest to mniej skomplikowana operacja niż gastric bypass.

Czy pacjent współdecyduje o rodzaju operacji?



Pacjent musi wiedzieć na czym polega operacja, którą będzie miał wykonywaną, więc poniekąd współdecyduje o niej. Nie może być jednak tak, że pacjent przychodzi i mówi, że chce tylko taką operację, a nie żadną inną.

Takie postępowanie jest wbrew sztuce lekarskiej, bo być może operacja, której zażyczył sobie pacjent nie jest dla niego najszcześniejszym rozwiązaniem. Wtedy należy z pacjentem przedyskutować ten temat, wyjaśnić mu na czym polega jedna operacja, a na czym druga, i najlepiej jeżeli decyzja zostanie podjęta wspólnie.

Czym się różnią od siebie dwie najczęściej wykonywane operacje?

Przede wszystkim różnią się anatomicznie. Operacja sleeve polega na usunięciu znacznej części, mniej więcej 4/5 żołądka. Pojemność fragmentu żołądka, który pozostaje wynosi około 100-150 ml i zachowana jest anatomiczna droga przechodzenia treści pokarmowej. Gastric bypass jest natomiast operacją, która dotyczy zarówno żołądka jak i jelit. Z żołądka wycinamy mały żołądeczek, taki neożołądek, i robimy zespolenie z pętlą jelitową na tak zwanej pętli Roux-en-Y. Wadą tej operacji jest to, że nie mamy po niej dostępu na przykład do dróg żółciowych. Zdarza się, że pacjenci po operacji mają kamicę pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, a niestety nie mamy dobrego dostępu do leczenia endoskopowego. Różnice pomiędzy tymi dwoma operacjami są więc istotne, ale tak jak już wspominałem wcześniej, typ operacji musimy dobrać do pacjenta.

Co jest celem operacji sleeve?

W sleeve zmniejszamy objętość żołądka i to jest element restrykcyjny tej operacji. Ale drugim elementem jest ten endokrynologiczny. W górnej części żołądka znajdują się grupy komórek, które wydzielają hormon zwany greliną, a popularnie nazywany hormonem głodu. I robiąc rękawową resekcję żołądka, usuwamy ten fragment żołądka, który jest odpowiedzialny za wydzielanie greliny. Nadrzędnym celem operacji jest redukcja masy ciała pacjenta.



Czy operacja to okaleczenie?

Takie podejście to jest przykład kottunizmu. Ludzie, którzy tak twierdzą, nie mają żadnej wiedzy na temat otyłości, na temat mechanizmów prowadzących do otyłości i na temat jej leczenia. W pewnych nowotworach nikogo nie dziwi, że usuwamy zdrowy jajnik u kobiety czy jądro u mężczyzny po to, żeby uzyskać efekt hormonalny. Podobnie jest w chirurgii bariatrycznej i metabolicznej – wykonanie operacji na pozornie zdrowym narządzie prowadzi do poprawy naszego zdrowia. Już w latach 60-70. ubiegłego wieku zauważono, że jeżeli wytniemy pacjentowi żołądek, na przykład z powodu choroby wrzodowej, a ten pacjent miał cukrzycę, to cukrzyca u niego znika. To było niezwykle odkrycie, bo wcześniej uważano, że związek z cukrzycą ma jedynie trzustka. W tamtym czasie było to wielkim zdziwieniem, gdy okazało się, że operacje żołądka mogą wyleczyć cukrzycę. Dzisiaj mamy już ogromną wiedzę na ten temat i wiemy, że nie okaleczamy człowieka, a ratujemy mu życie. Mógłbym podać wiele przykładów z mojej praktyki lekarskiej chirurga bariatrycznego, gdzie doszło do właśnie takiego efektu. Jeżeli ktoś wcześniej musiał przyjmować 100 jednostek insuliny na dobę, a po operacji nie przyjmuje jej w ogóle,

to zadajmy sobie pytanie, czy okaleczyliśmy go, czy może uratowaliśmy mu życie.

Czy po operacji odczuwa się ból?

Każda ingerencja w nasze ciało może powodować mniej czy więcej bólu, ale mamy przecież leki przeciwbólowe. I pacjenci po operacji dostają leki przeciwbólowe, jeśli jest taka potrzeba. Obecnie operacje bariatryczne wykonujemy technikami minimalnie inwazyjnymi, czyli przy pomocy laparoskopii. Operacja polega na wykonaniu 5-6 dziurek około 1 cm średnicy, przez które wprowadzamy narzędzia i wycinamy znaczną część żołądka. Nie otwieramy więc brzucha, a te drobne nacięcia na skórze zazwyczaj nie dają silnego efektu bólowego. W większości przypadków tego samego dnia po operacji, wieczorem pacjenci chodzą po korytarzu, więc ból nie jest problemem.

Czy po operacji będę ciągle wymiotować?

Nie, dlaczego pacjent po operacji miałby ciągle wymiotować? Część pacjentów, może nawet połowa, w okresie bezpośrednio po operacji ma nudności, natomiast wymioty zdarzają się niezwykle rzadko. Nudności i wymioty częściowo wynikają z działania znieczulenia stosowanego przy operacji, ale wtedy podajemy pacjentom leki przeciwwymiotne, które te dolegliwości likwidują. Zwykle w drugiej dobie po operacji większość pacjentów wraca zupełnie do normy. Przed wypuszczeniem do domu, pacjent ma obowiązek wypicia przynajmniej litra wody, co pokazuje, że nie ma mowy o ciągłym wymiotowaniu.

Jak długo jest się w szpitalu po operacji?

W drugiej dobie wypuszczamy pacjenta do domu, czyli niecałe 48 godzin po operacji.

Jak wygląda żywienie po operacji?

Z chirurgicznego punktu widzenia dla nas ważne jest, żeby przez pierwsze dwa tygodnie pacjent spożywał dietę płynną, ale jest to jedzenie normalnie kaloryczne, najczęściej zmiksowane zupy. Oczywiście między tymi posiłkami normalnie pijemy wodę. W okresie przedoperacyjnym każdy pacjent, przynajmniej w naszym ośrodku, ma wizytę u dietetyka, od którego dostaje szczegółowe wytyczne dotyczące żywienia w okresie bezpośrednio pooperacyjnym.

Czy jak zrobię operację, to już nigdy nie zjem rzeczy, które lubię, np. sushi, pizzy, niczego słodkiego i czy po operacji można będzie okazjonalnie napić się alkoholu?

Po operacji można jeść wszystko – oczywiście nie bezpośrednio po operacji, ale po pewnym czasie. Ważne jest, żeby objętości posiłków nie były zbyt duże. A szczegółowe zalecenia żywieniowe pacjent otrzymuje od dietetyka. Natomiast, jeśli chodzi o alkohol, to trzeba pamiętać o tym, że po operacji bariatrycznej pacjent może się znacznie szybciej uzależnić niż człowiek, który takiej operacji nie przeszedł. Dotyczy to szczególnie pacjentów po bypass, ponieważ droga wchłaniania alkoholu ulega diametralnej zmianie. Przestrzegamy więc naszych pacjentów, żeby starali się nie spożywać alkoholu. Jeżeli widzimy, że pacjent będzie chciał po operacji wrócić do swoich nawyków przedoperacyjnych dotyczących spożycia alkoholu, to zdarza się, że niestety, ale odmawiamy mu operacji.

Kiedy po operacji można rozpocząć aktywność fizyczną i seksualną?

Wtedy, kiedy człowiek zacznie czuć się na siłach, czyli mniej więcej miesiąc, półtora miesiąca po operacji. Ale to zależy

również od rodzaju sportu. Marsze, jazda na rowerze, pływanie są aktywnościami, których można śmiało próbować po miesiącu od operacji. Nie polecam natomiast ćwiczeń na siłowni, ponieważ mogą one doprowadzić do powstawania przepuklin pooperacyjnych.



Kiedy można zacząć zajęcia na siłowni?

Jeżeli chodzi o sporty siłowe, to musimy odczekać minimum trzy miesiące po operacji. Nacięcia i blizny wewnątrz ciała są zwykle większe niż te widoczne na skórze i musimy dać tym tkankom czas na zagojenie się.

Czy jest ryzyko rozszczelnienia żołądka? Jakie objawy alarmują o konieczności powrotu do szpitala?

W każdej operacji, w której robimy jakiś otwór w przewodzie pokarmowym i go zszywamy, może dojść do nieszczelności. W rękawowej resekcji żołądka również się to zdarza, choć bardzo rzadko, w mniej niż 1% przypadków. W naszym ośrodku robimy operacje bariatryczne od czternastu lat i dotychczas mieliśmy dwa przypadki nieszczelności po rękawowej resekcji żołądka. Ważne jest jednak, żeby pacjent miał

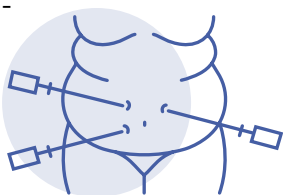
kontakt z ośrodkiem, w którym był operowany, a najlepiej do chirurga, który go operował. Nie można pacjenta zoperować i pozostawić go samemu sobie. A co powinno wzbudzić nasz niepokój? Gorączka, bóle brzucha, ból brzucha promieniujący do barków. To są objawy alarmujące. Niekiedy nic groźnego nie oznaczają, jednak gdy się pojawią, zalecamy zgłoszenie się na wizytę do ośrodka. W ośrodku zrobimy odpowiednie badania krwi i badania obrazowe, i jeżeli się okaże, że wszystko jest w porządku, pacjent pójdzie do domu. Dużo gorzej może być, gdy pacjent zacznie sam sobie dawkować różne leki przeciwbólowe i minie moment, w którym można pacjentowi pomóc. To może skończyć się nawet zgonem. Nie chciałbym nikogo straszyć, ale uczulam na to, że jeżeli cokolwiek się dzieje po operacji bariatrycznej, to proszę zgłosić się do lekarza, który operował.

Czy operacja jest bezpieczna?

Każda operacja może mieć powikłania, a tym powikłaniem, którego wszyscy boimy się najbardziej, jest śmierć pacjenta.

Mogę jednak z całą odpowiedzialnością powiedzieć, że chirurgia bariatryczna jest najbezpieczniejszą chirurgią ze wszystkich tak zwanych dużych chirurgii. Jeśli chodzi o śmiertelność, to w naszym ośrodku nigdy się coś takiego nie zdarzyło, ale według piśmiennictwa jest ona statystycznie na poziomie 0,1-0,2%.

Wiemy, że w różnych ośrodkach jakość opieki może być różna, dlatego pacjenci powinni wybierać te ośrodki, które robią operacje bariatryczne od wielu lat, które mają ustalony, schemat postępowania, włączenie ze schematem przygotowania pacjenta do zabiegu, które mają pełne zaplecze i pełne zabezpieczenie. Termin w tym przypadku nie ma większego znaczenia. Jeżeli idziemy do lekarza, który mówi, że może



nas zoperować za dwa dni, to znaczy, że on nie ma pacjentów, a jego doświadczenie jest niewielkie. Jeżeli natomiast w ośrodku czeka się na operację pół roku, to znaczy, że ten ośrodek robi tych operacji bardzo dużo. Lepiej wybrać ośrodek, który przeprowadza 200-300 operacji rocznie niż taki, w którym wykonywanych jest tych operacji dziesięć rocznie.

Jak znaleźć właściwy ośrodek i dobrego specjalistę?

Myślę, że w tej chwili nie jest to żaden problem – Internet dostarcza nam wszystkich informacji. Są fora pacjentów, są strony, gdzie pacjenci zaglądają i zwykle stamtąd czerpią informacje. A najlepsze informacje uzyskuje się tak zwaną pocztą pantoflową, od kogoś, kto był operowany. Oczywiście, zanim się do takiego ośrodka chirurgii bariatrycznej pójdzie, warto zajrzeć do Internetu i sprawdzić od jak dawna ten ośrodek działa i ile wykonuje rocznie operacji. Warto też sprawdzić, czy ośrodek realizował lub realizuje program KOS-BAR, czyli program koordynowanej opieki specjalistycznej bariatrycznej. Aby uczestniczyć w tym programie ośrodki muszą spełnić bardzo wyśrubowane kryteria, więc w tych ośrodkach usługa na pewno będzie na najwyższym poziomie.

Ile czasu trwa rekonwalescencja? Kiedy można wrócić do pracy biurowej, kiedy do pracy fizycznej?

To zależy od tego, jaką kto ma pracę fizyczną. Jeśli ktoś pracuje na budowie, to wiadomo, że do tej pracy przynajmniej z miesiąc, półtora miesiąca nie powinien wracać. Jeśli chodzi o pracę biurową, to też zależy. Jeśli na przykład jest to praca na poczcie, wymagająca siedzenia w okienku przez siedem godzin, to też na pewno nie będzie to łatwe. Zalecamy, żeby mniej więcej przez miesiąc pacjent był na zwolnionych obrotach, a później tę decyzję trzeba podjąć samemu, w zależności od tego, jaki charakter pracy człowiek posiada.

Jakie są blizny po operacji? Jak o nie dbać? Czy zawsze będą widoczne?

Blizny pooperacyjne są niewielkie i nie wymagają specjalnej uwagi. Wystarczy, że w pierwszym tygodniu będziemy zmieniali opatrunek, a po zdjęciu szwów na ogół nic więcej się z bliznami nie dzieje. Nie zalecamy używania żadnych maści, zostawmy te blizny w spokoju, one sobie doskonale dadzą radę. Zwykle jakiś czas po operacji są one już zupełnie niewidoczne.

Czy operacja wpłynie na mój wygląd?

Operacja wpłynie na wygląd – jeżeli ktoś ważył 160 kg, a teraz waży 90 kg, to wygląda zupełnie inaczej. Ale zupełnie inaczej będzie wyglądał też brzuch pacjenta – często pacjenci po dużym schudnięciu mają fartuch skórny, który nie wygląda atrakcyjnie i to jest pole do popisu dla chirurgów zajmujących się korektą powłok ciała. W naszym szpitalu pacjenci po operacjach bariatrycznych są kierowani na oddział chirurgii plastycznej.

Czy możliwa jest operacja plastyczna na NFZ? Jakie trzeba spełnić kryteria?

W naszym szpitalu pacjenci mają wykonywaną tę usługę w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, ale dotyczy ona wyłącznie brzucha. Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci za operacje plastyczne ramion czy ud.

Kiedy można zrobić operację plastyczną? Kiedy skonsultować się z chirurgiem plastykiem?

Opinii chirurga plastyka najlepiej jest zasięgnąć wtedy, gdy waga już się ustabilizuje, czyli przynajmniej po roku od operacji. W ciągu pierwszego roku powinniśmy stracić poło-

wę nadmierowej masy ciała, czyli jeżeli mamy 50 kilogramów za dużo, to w ciągu pierwszego roku stracimy około 25 kilogramów. Później utrata wagi przebiega już dużo, dużo wolniej i to jest dobry moment na zasięgnięcie opinii chirurga plastyka.

Dlaczego po operacji bariatrycznej wypadają włosy – to częsty problem. Jak sobie z tym radzić?



Włosy wypadają na ogół z powodu intensywnego chudnięcia oraz zmian, które się w człowieku dokonują. Pacjenci często zgłaszają też uczucie zimna, co również jest związane ze zmianą poziomu metabolicznego. Te dolegliwości z czasem ustępują.

Czy wypadanie włosów to efekt znieczulenia?

To jest fałsz, nieprawda. Wypadanie włosów jest związane z tym, że człowiek jest w okresie intensywnego chudnięcia. Dlatego zalecamy, żeby w okresie pooperacyjnym pacjent regularnie kontaktował się z lekarzem i wykonywał badania kontrolne, bo często takie objawy, jak właśnie wypadanie włosów, a także uczucie utraty siły, bóle kości, zaburzenia gojenia są związane z rozwijaniem się w organizmie licznych niedoborów. W okresie pooperacyjnym trzeba dbać o siebie i uzupełniać witaminę D, mikroelementy, wapń, białko.

Jak często po operacji należy się zgłaszać na wizyty kontrolne i jakie badania należy wykonywać?

W pierwszym roku po operacji zalecamy kontrolę co trzy miesiące. Pacjent powinien pojawić się u lekarza – u chirurga lub u internisty, w zależności od tego, jak w danym miejscu jest to zorganizowane. W naszym ośrodku na

dwie pierwsze wizyty pooperacyjne pacjent przychodzi do chirurga, a potem zajmują się nim koledzy interniści. W kolejnych latach, zwykle do piątego roku po operacji, pacjent powinien pokazywać się w ośrodku przynajmniej co sześć miesięcy, choć wiemy, że jeśli pacjenci czują się dobrze, to bardzo niechętnie przychodzą na wizyty kontrolne. Po co są te kontrole? Otóż po to, żeby wykonać badania pooperacyjne i sprawdzić między innymi, czy nie rozwijają się niedobory białka, wapnia, elektrolitów, i ewentualnie właściwie na nie zareagować.

Czy może się zdarzyć, że pacjent po operacji nie schudnie?

Taka sytuacja nie zdarzyła się w naszym ośrodku, ale proszę pamiętać o tym, że sukces ma wielu ojców i jeżeli pacjent nie będzie przestrzegał zaleceń, będzie spożywał pokarmy wysokocukrowe, wysokokaloryczne, to efekt tej operacji rzeczywiście może być słaby. Żeby pacjent schudł, musi przestrzegać zaleceń, musi wiedzieć, co po operacji powinien jeść, a czego nie powinien. Jeżeli nadal będzie jadł pudełko lodów wieczorem, to szkoda było zachodu z tym wszystkim.

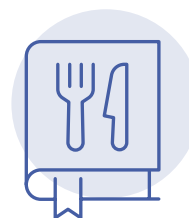
Co robić, jeśli pojawia się refluks po operacji?

To jest duży problem. Mniej więcej 30% pacjentów po rękawowej resekcji żołądka doświadcza refluksu żołądkowo-przełykowego. Tym pacjentom proponujemy leczenie zachowawcze, czyli leki. Warto jednak wykonać diagnostykę pooperacyjnej choroby refluksowej, sprawdzić, czy refluks powoduje nadżerki w przełyku, i jeżeli daje bardzo duże dolegliwości, to warto rozważyć zamianę operacji na bypass.

Jakie mogą wystąpić powikłania bezpośrednio po operacji, a jakie mogą być jej długofalowe skutki?

Najczęstszym powikłaniem bezpośrednio pooperacyjnym jest krwawienie, aczkolwiek obecnie dysponujemy znakomitym sprzętem operacyjnym i krwawienia zdarzają się rzadko, znacznie rzadziej niż miało to miejsce kiedyś. Inne powikłanie, którego się boimy, to nieszczelność linii zszywek, która zdarza się bardzo rzadko, ale może się zdarzyć.

Coraz częściej mówi się o nawrotach masy ciała kilka lat po operacji. Kogo dotyczą? Jakiego odsetka osób?



Nawroty masy ciała zdarzają się mniej więcej u 15-20% pacjentów, czyli wcale nie tak rzadko. Na dziesięć osób zwykle dwie po 2-3-4 latach będą miały wzrost masy ciała. W naszym szpitalu zrobiliśmy badanie, sprawdzające kogo najczęściej dotyczą nawroty. I okazało się, że pacjentów, którzy nie przychodzą na wizyty kontrolne do lekarza i dietetyka, którzy po zabiegu znikają, którzy uważają, że po operacji żołądka problem przestaje istnieć. Najczęstszą przyczyną nawrotu masy ciała jest więc brak kontaktu z ośrodkiem, w którym pacjent był zoperowany.

Jak utrzymać efekt operacji w długim okresie?

Wszyscy, którzy się wielokrotnie odchudzali, wiedzą, że nie jest to łatwa rzecz. A praktycznie wszyscy pacjenci bariatryczni odchudzali się wielokrotnie i wielokrotnie doświadczali efektu jo-jo. Dlatego tak ważna jest edukacja pacjenta z otyłością, odpowiednie przygotowanie do operacji, które powinno trwać przynajmniej 3-4 miesiące. Ten czas celowo jest długi, żeby pacjenta nauczyć, jak powinien zachowywać się po operacji, co i jak jeść. Również po operacji pacjenci

mają zapewnioną poradę psychologiczną, poradę dietetyczną, poradę internistyczną – właśnie po to, żeby pomóc im przestrzegać tych zaleceń. Nieraz, pomimo tego wszystkiego, niektórzy pacjenci zaczynają z powrotem trochę tyć, ale jeżeli zostanie to w porę wychwycone, to w tej chwili mamy dużo możliwości, żeby takiemu pacjentowi pomóc, nawet bez leczenia chirurgicznego.

Co należy zrobić, jeśli po jakimś czasie waga wraca?

Nie kombinować samemu, nie szukać w Internecie cudownych sposobów walki z wagą, iść po fachową pomoc do lekarza, do ośrodka, w którym odbyła się operacja. Jest wielu pacjentów, którzy po 2-3 latach zaczynają mieć znowu problem z wagą, i często po rozmowie z lekarzem lub dietetykiem wiedzą, co takiego zrobili, że kilogramy wracają. I to jest ten moment, w którym można zmienić troszkę dietę lub skorzystać z nowoczesnych leków.

Czy operacja to czarodziejska różdżka, która zamieni osobę otyłą w szczupłą?

Przykro mi to powiedzieć, ale nie jest tak, jak wiele osób myśli: że pacjent przyjdzie, zostanie zoperowany i wszystkie jego problemy znikną. Otóż jest to ciężka praca, przede wszystkim pacjenta: długie przygotowanie do operacji, prehabilitacja, ćwiczenia, nauka nowego stylu życia. I jeżeli chory będzie chciał się do tego wszystkiego zastosować, to sukces jest gwarantowany.

Czy pacjent musi spełnić jakieś warunki, żeby być zakwalifikowany do operacji?

Tak, żeby pacjenta zoperować, musi on spełnić wszystkie otrzymane od lekarza zalecenia. I jesteśmy niezwy-

kle restrykcyjni, jeżeli chodzi o te zalecenia. Jednym z nich jest przedoperacyjna redukcja masy ciała. Zalecamy, żeby pacjent schudł najlepiej około 10% swojej aktualnej masy ciała. Wiele osób wtedy mówi: „no dobrze, ale jak ja bym mógł tyle schudnąć, to bym w ogóle tu nie przychodził, tylko bym schudł”. Ale my nie robimy tego przeciwko pacjentowi, my myślimy o jego bezpieczeństwie. Ubytek 10% masy ciała spowoduje, że będzie łatwiej przeprowadzić operację, że wątroba, która zastania nam żołądek w górnej jego części, ulegnie zmniejszeniu, co zwiększy nam pole operacyjne. Dlatego jest to warunek, którego przestrzegamy. Jeżeli przed operacją pacjent w ogóle nie zredukuje masy ciała, albo jeszcze przytyje, to świadczy to o tym, że nie rozumie idei leczenia bariatrycznego i takim osobom po prostu odmawiamy operacji. Druga grupa pacjentów, którzy też często nie są kwalifikowani do operacji, to ci, którzy palą papierosy. Palenie w okresie przedoperacyjnym znacznie zwiększa ryzyko śmiertelnych powikłań, więc jeśli pacjent przed operacją nie rzuci palenia, to w wielu ośrodkach też nie zostanie zoperowany.

**Chorzy na
otyłość nie
doświadczają
uczucia sytości,
operacja
przywraca
ten mechanizm**



Dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół

chirurg, bariatra,
II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia
Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim,
Prezes-Elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Dlaczego powinniśmy leczyć otyłość i na czym polega współodpowiedzialność chorego w procesie leczenia tej choroby?

Leczenie otyłości jest konieczne ze względu na to, że otyłość prowadzi do rozwoju licznych powikłań. Ocenia się, że jest ich około dwustu – niektórzy mówią nawet o trzystu. Otyłość skraca prawdopodobieństwo dożycia starszego wieku, ale myślę, że najbardziej obciążające dla chorych jest to, że przede wszystkim doprowadza do inwalidztwa i wykluczenia społecznego. W związku z tym leczenie otyłości daje nam szansę na odwrócenie wszystkich tych negatywnych zjawisk.

Zaangażowanie chorego w proces terapeutyczny związany z leczeniem choroby otyłościowej jest niezmiernie ważnym aspektem postępowania – tak jak w przypadku każdej innej choroby. Posłużę się przykładem: czy można wyobrazić sobie leczenie jakiegokolwiek choroby nowotworowej bez zaangażowania chorego? Lub leczenie cukrzycy bez aktywnego udziału chorego?

W związku z tym również należy pamiętać, że nie ma możliwości leczenia choroby otyłościowej bez zaangażowania chorego – bez przestrzegania okresowych kontroli, bez stosowania się do zaleceń lekarskich dotyczących leków czy wykonywania odpowiednich badań.

Czy każdy chory na otyłość może mieć wykonaną operację bariatryczną?

Chirurgiczne leczenie otyłości, czyli operacje bariatryczne, są zarezerwowane dla chorych z najbardziej zaawansowanymi postaciami choroby otyłościowej i są ściśle określone w międzynarodowych oraz krajowych wytycznych.

Wciąż postępujemy się wskaźnikiem masy ciała (BMI) jako podstawowym kryterium kwalifikacji do operacji. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami – zarówno międzynarodowymi, jak i polskimi – do leczenia chirurgicznego kwalifikują się osoby z BMI powyżej 35, a także chorzy z BMI w przedziale 30–35, u których występują powikłania otyłości.

Musimy jednak pamiętać, że aktualnie (kwiecień 2025 roku) Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje operacje bariatryczne w oparciu o starsze wytyczne. Oznacza to, że finansowanie obejmuje chorych z BMI powyżej 40, a także osoby z BMI 35–40, jeśli występują u nich powikłania choroby otyłościowej.



Co istotne, kwalifikując chorego do leczenia operacyjnego, bierzemy pod uwagę najwyższą masę ciała, jaką osiągnął w swoim życiu. Dlaczego właśnie tak? Ponieważ wiemy, że organizm ma naturalną tendencję do powrotu do pierwotnej masy ciała. Nawet pomimo przejściowej obserwowanej redukcji, organizm z czasem wróci do punktu wyjścia. I właśnie dlatego ta kwestia ma tak duże znaczenie przy podejmowaniu decyzji o leczeniu chirurgicznym.

Na czym dokładnie polega operacja sleeve i dla kogo jest rekomendowanym rodzajem operacji?

Jedną z najczęściej wykonywanych obecnie operacji w leczeniu choroby otyłościowej jest rękawowa resekcja żołądka, znana również pod angielską nazwą „sleeve gastrectomy”. Jest to operacja, która polega na wycięciu około 80% ściany żołądka.

W ten sposób formuje się żołądek – niektórzy porównują jego kształt do banana. Jednak nazywanie tego zabiegu „operacją zmniejszenia żołądka” jest w pewnym sensie

nieuprawnione. Dlaczego? Ponieważ otyłość nie rozwija się z powodu powiększenia żołądka. To nie wielkość żołądka jest przyczyną choroby.

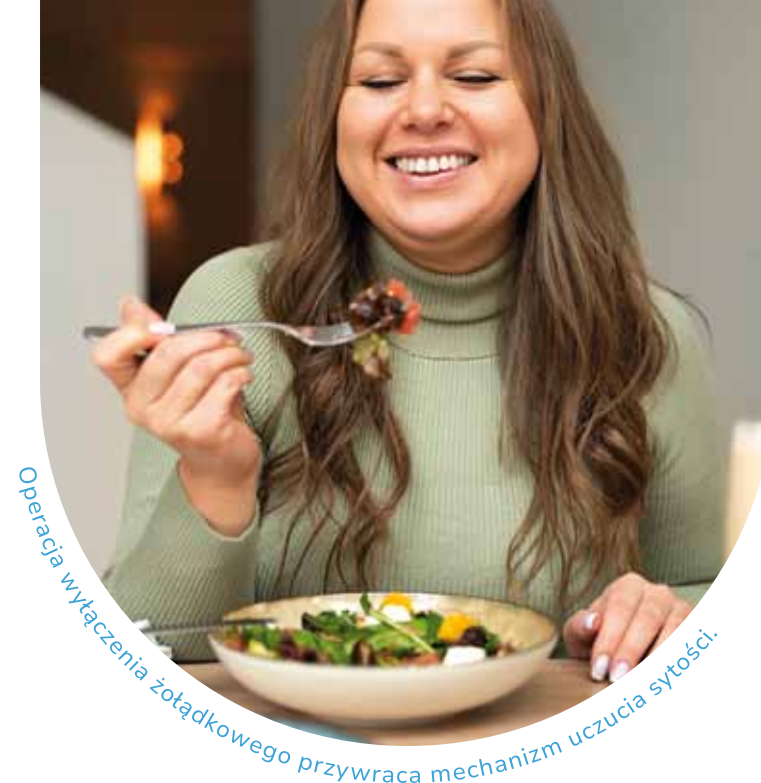
Już w latach 90. przeprowadzono badania, które wykazały, że objętość żołądka u osób chorujących na otyłość jest taka sama, jak u osób niechorujących na otyłość. Głównym celem tej operacji jest usunięcie tej części żołądka, w której znajdują się komórki produkujące hormon, peptyd grelinę – hormon, który sygnalizuje organizmowi: „idź do lodówki i zjedz coś”.

Podsumowując, operacja rękawowej resekcji żołądka pozwala niejako naprawić zaburzone mechanizmy neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów. Poprzez zmniejszenie stężenia greliny sprawiamy, że chory przestaje odczuwać ciężki głód.

Gastric bypass – powszechnie mówi się, że to najlepsza operacja dla osób, których największym problemem są stłocze. Czy to prawda? Na czym dokładnie ona polega? Dla jakich chorych jest to optymalne rozwiązanie?

Kolejny typ operacji to zabieg wyłączenia żołądkowego, czyli “gastric bypass” – aktualnie wykonywane są różne odmiany tej operacji. Dwie najbardziej popularne to operacja wyłączenia żołądkowego na pętli Roux-en-Y lub tak zwane pętlowe wyłączenie żołądkowe, określane również mianem mini-gastric bypass. Różnią się one pewnymi drobnymi aspektami technicznymi, które mogą mieć znaczenie w przypadku, kiedy u chorego stwierdza się chorobę reflukсовą przetyku – wówczas bardziej pożądane jest wykonanie operacji wyłączenia żołądkowego na pętli Roux-en-Y.

Istotą tej operacji jest to, aby w wyniku ominięcia początkowego odcinka przewodu pokarmowego, czy też w wyniku



Operacja wyłączenia żołądkowego przywraca mechanizm uczucia sytości.

przemieszczenia spożywanych substancji pokarmowych do dalszych odcinków jelita cienkiego, doprowadzić do przywrócenia poposiłkowego wydzielania GLP-1. Dlaczego jest to takie istotne? GLP-1 jest cząsteczką produkowaną przez komórki znajdujące się w ścianie jelita cienkiego i wydzielaną po spożyciu pokarmu. Tak funkcjonuje ten mechanizm u osób niechorujących na otyłość.

U chorych na otyłość wiemy, że występuje brak poposiłkowego wydzielania GLP-1, co oznacza, że chorzy na otyłość nie doświadczają uczucia sytości. Operacja wyłączenia żołądkowego przywraca ten mechanizm, czyli dochodzi do redukcji masy ciała niejako w wyniku naprawienia zaburzonych mechanizmów neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów, stwierdzanych u chorych na otyłość – czyli właśnie braku poposiłkowego wydzielania GLP-1.

Jednym z najtrudniejszych problemów w chirurgii bariatrycznej, jest dobór metody operacyjnej dla danego chorego. Nie istnieją w chwili obecnej wyniki badań naukowych, które jednoznacznie wskazywałyby na to, jaką metodę powinniśmy zastosować u danego konkretnego chorego. Istnieją jednak pewnego rodzaju przesłanki. Na przykład, jedną z przesłanek do wykonania operacji wyłączenia żołądkowego może być stwierdzenie choroby refluksowej przełyku w okresie przedoperacyjnym.

Taką przesłanką może być również stwierdzenie cukrzycy typu 2 przed operacją. Niektórzy chirurdzy uważają również, że dla chorych, u których preferencje żywieniowe zwracają się w kierunku spożywania słodczy, wskazane mogłoby być wykonanie operacji wyłączenia żołądkowego. Ja osobiście mam jednak pewne wątpliwości, czy ta zasada jest słuszna, ponieważ musimy pamiętać, że jednym z najtrudniejszych wyzwania pooperacyjnych po operacji wyłączenia żołądkowego jest hipoglikemia poposiłkowa. Może być ona w pewien sposób stymulowana poprzez spożywanie słodczy – co zwiększa wydzielanie insuliny, a tym samym doprowadza do hipoglikemii. Hipoglikemia z kolei powoduje spożywanie słodczy i w ten sposób powstaje niejako błędne koło, które często kończy się nawrotem choroby otyłościowej.

Dla chorych na otyłość największym problemem jest utrzymanie redukcji masy ciała. Jak utrzymać otyłość w remisji?

Choroba otyłościowa jest niestety schorzeniem, które chorzy będą doświadczać przez całe życie. Mam osobiste przekonanie, że świadomość tego faktu – zarówno w społeczeństwie, jak i wśród samych chorych – jest bardzo niska. Współczesna medycyna i dostępne dziś możliwości terapeutyczne nie pozwalają na całkowite wyleczenie tej choroby.

Możemy jednak pomóc choremu w kontrolowaniu masy ciała. U części chorych można to osiągnąć dzięki leczeniu farmakologicznemu, a u innych – dzięki interwencji chirurgicznej. Leczenie chirurgiczne może mieć tę przewagę, że uważa się, iż u około 20% chorych poddanych leczeniu chirurgicznemu dochodzi do trwałego ustąpienia objawów choroby.

Niestety, nie dysponujemy wynikami badań, które pozwoliłyby przewidzieć, którzy chorzy mają największe szanse na taki trwały efekt już na etapie kwalifikacji do operacji. Nie mamy żadnych wiarygodnych czynników predykcyjnych, które pomogłyby w podjęciu decyzji czy w budowaniu nadziei u konkretnego chorego, że to właśnie on może znaleźć się w tej grupie.



Dlatego u wszystkich chorych poddanych operacjom bariatrycznym tak istotne jest przestrzeganie nawet podstawowych zaleceń dotyczących okresowych kontroli pooperacyjnych – w szczególności w zakresie monitorowania i zapobiegania ewentualnym niedoborom żywieniowym.

Jedną z aktualnych teorii próbujących wyjaśnić, dlaczego dochodzi do nawrotów choroby otyłościowej, wskazuje właśnie na rolę niedoborów żywieniowych. Aby im zapobiec, chory powinien regularnie zgłaszać się na wizyty kontrolne, wykonywać zalecone badania, a w przypadku stwierdzenia niedoborów – uzupełniać je zgodnie z zaleceniami, dostarczając organizmowi odpowiednich mikro- i makroelementów.

Podkreśla się również znaczenie zachowania aktywności fizycznej. I nie chodzi tutaj o „spalanie kalorii przez robienie fikołków”, bo organizm człowieka to niezwykle wydajna maszyna – wystarczą dwa kęsy jedzenia, aby zrów-

noważyć godzinę chodzenia. Kluczowe jest zachowanie masy mięśniowej. To właśnie dzięki niej utrzymujemy podstawową, spoczynkową przemianę materii na odpowiednim poziomie, co zapobiega tzw. adaptacji metabolicznej – niekorzystnemu zjawisku, które może prowadzić do nawrotu choroby.



Niewątpliwie ważnym elementem w leczeniu otyłości jest także wsparcie emocjonalne, którego warto szukać u psychologa. Potrzeba ta nie wynika wyłącznie z samej choroby, ale także z wyzwań współczesnego świata – tego, jak zachowuje się wobec nas przetożony, współmałżonek, dzieci, sąsiad czy sąsiadka. Niestety, chorzy na otyłość często doświadczają stygmatyzacji i dyskryminacji, co zaburza relacje międzyludzkie i pogłębia problemy emocjonalne. Stąd tak duże znaczenie ma wsparcie psychologiczne.

Jak można pomóc chorym z nawrotem choroby otyłościowej, w którym momencie należy zacząć działać?

Kwestia nawrotu choroby otyłościowej po operacjach bariatrycznych jest jednym z najtrudniejszych wyzwań, jeżeli chodzi o dalsze leczenie chorych. Do niedawna mieliśmy duży problem z doprecyzowaniem tego pojęcia – kiedy właściwie możemy mówić o nawrocie choroby otyłościowej.

Obecnie, zgodnie ze stanowiskiem Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego Leczenia Otyłości, przyjmuje się, że wzrost masy ciała po operacji bariatrycznej o około 10% względem najniższej osiągniętej masy ciała uznaje się za normę – za zjawisko naturalne, związane z adaptacją organizmu do zmienionych warunków żywienia i funkcjonowania.

Jeśli jednak masa ciała wzrasta o 30% lub więcej w stosunku do najniższej wartości, należy mówić o nawrocie choroby otyłościowej. Jeżeli dodatkowo obserwujemy nawrót powikłań związanych z chorobą, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 czy inne schorzenia, mówimy już o istotnym pogorszeniu klinicznym przebiegu tej choroby.

Zarówno chorzy z nawrotem choroby, jak i ci, u których nastąpiło znaczące pogorszenie stanu klinicznego, niewątpliwie wymagają ponownej interwencji terapeutycznej. Pierwszym krokiem powinna być edukacja żywieniowa oraz ocena możliwości udzielenia wsparcia behawioralnego – związanego z codziennym funkcjonowaniem chorego: w domu, pracy czy w innych sytuacjach życiowych. Najczęściej jednak konieczne będzie wdrożenie farmakoterapii lub ponowne przeprowadzenie operacji bariatrycznej – aby ratować życie chorego.

Jeśli minęło kilka lat po operacji bariatrycznej i chory obserwuje u siebie ponowny wzrost masy ciała, najlepszym rozwiązaniem będzie kontakt z ośrodkiem, w którym wykonano pierwotną operację. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to konieczność zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i poproszenia o skierowanie do poradni chirurgicznej z rozpoznaniem „otyłość” (kod E66 – z dowolnym numerem po kropce, najczęściej 0 lub 9). Następnie należy udać się do poradni chirurgicznej w szpitalu, w którym przeprowadzono operację.

Najprawdopodobniej chory zostanie poddany pogłębionej diagnostyce w celu znalezienia przyczyny nawrotu choroby. W wielu przypadkach jednak może się okazać, że taka przyczyna nie zostanie jednoznacznie określona – mamy wtedy do czynienia z tzw. idiopatycznym charakterem nawrotu,

czyli sytuacją, w której przyczyna jest nieznaną. Wówczas najwłaściwszym postępowaniem będzie leczenie farmakologiczne, a w szczególnych przypadkach – rozważenie przeprowadzenia kolejnej operacji bariatrycznej.

Dlaczego Panu Profesorowi zależy na tym, by polscy chorzy mogli w sposób stały korzystać w programie KOS-BAR – co w nim jest wyjątkowego, ważnego?

Program pilotażowy KOS-BAR, czyli kompleksowej, koordynowanej opieki specjalistycznej w zakresie chirurgii bariatrycznej – a właściwie: kompleksowej, koordynowanej opieki specjalistycznej dla chorych na otyłość leczonych chirurgicznie – jest absolutnie unikatowym przedsięwzięciem realizowanym w Polsce od kilku lat. To inicjatywa, która umożliwiła wielu chorym skorzystanie z metody leczenia, na którą w innych warunkach nigdy by się nie zdecydowali – często ze względu na koszty, brak gotowości emocjonalnej czy obawy przed operacją.

Dlaczego było to możliwe? Dlatego, że ośrodki uczestniczące w programie zapewniały chorym kompleksową opiekę. Zajmowaliśmy się każdym problemem medycznym pojawiającym się zarówno na etapie diagnostyki przed operacją bariatryczną, jak i po jej przeprowadzeniu.

Do programu zostały włączone ośrodki o największym doświadczeniu w chirurgii bariatrycznej w Polsce – co oznacza, że chorzy trafiali do miejsc oferujących nie tylko wysokie bezpieczeństwo, ale również dużą skuteczność leczenia.

Zobaczymy, jak dalej potoczą się losy tego programu. Rozmawiamy na początku kwietnia 2025 roku i chciałbym serdecznie poprosić Państwa o trzymanie kciuków – aby program KOS-BAR wszedł na stałe do systemu opieki zdrowotnej i dalej mógł ratować zdrowie i życie chorych na otyłość.*

Zajmuje się Pan chirurgicznym leczeniem otyłości od 35 lat. Czy nastąpiły w tym okresie jakieś zmiany? Co dla Pana jest najbardziej fascynujące?

Miałem to szczęście, że bezpośrednio po ukończeniu studiów medycznych rozpocząłem pracę w Klinice Chirurgii w Zabrze. Pochodzę ze Śląska i tam również ukończyłem studia medyczne. Był to jedyny ośrodek na przelocie lat 80. i 90. XX wieku, gdzie regularnie wykonywano operacje bariatryczne. Warto uświadomić sobie, że w tamtych latach „regularnie” oznaczało wykonanie jednej, może dwóch operacji w ciągu miesiąca. Obecnie w wielu ośrodkach wykonuje się po kilka, kilkanaście operacji bariatrycznych tygodniowo, a najbardziej aktywne ośrodki na świecie przeprowadzają ich nawet kilkaset, a niekiedy i ponad dwa tysiące rocznie. Świat chirurgii bariatrycznej bardzo się zmienił na przestrzeni ostatnich 35 lat.

W tym obszarze zmieniło się właściwie wszystko. Do największych osiągnięć należy bez wątpienia wprowadzenie technik małoinwazyjnych, czyli techniki laparoskopowej, w leczeniu chirurgicznym otyłości. W latach 90. technika laparoskopowa była przeciwwskazana u chorych na otyłość. Dziś wiadomo, że to właśnie dzięki jej wprowadzeniu chorzy odnieśli największą korzyść – śmiertelność okołoperacyjna spadła dziesięciokrotnie.

Gdy zaczynałem pracę, śmiertelność oceniano na około 2%, czyli jeden zgon na 50 chorych poddanych operacji. Obecnie wynosi ona 1 promil, czyli 1 na 1000 operowanych. Również ryzyko powikłań spadło z 20% do 2–3%, co oznacza dziesięciokrotne zmniejszenie.

*Od stycznia 2026 roku program KOS-BAR, zapewniający kompleksową opiekę bariatryczną, ma wejść do koszyka świadczeń gwarantowanych NFZ.

Wiemy dziś także, jak bezpiecznie przeprowadzić chorego przez okres okołoperacyjny. Konieczne jest zastosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej – kiedyś powikłania zakrzepowo-zatorowe były jedną z najczęstszych przyczyn zgonu po operacjach bariatrycznych.

Chory powinien być szybko uruchamiany – praktycznie już bezpośrednio po operacji. Nie trzeba też głodzić go przez tydzień – często już w dniu operacji może zacząć pić, a następnego dnia spożywać pokarmy przecierane. Wiedza na temat prowadzenia chorego bardzo się zmieniła.

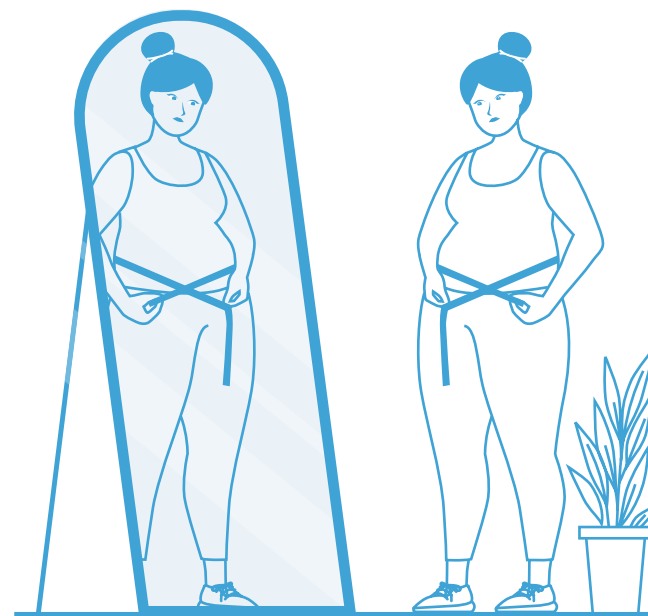
Zmieniło się również samo postrzeganie choroby otyłościowej. Kluczowe jest zrozumienie, że to choroba biologiczna – taka sama jak nadczynność lub niedoczynność tarczycy czy choroba nowotworowa. To nie wynik zaniedbania ani tym bardziej wybór chorego. Może dotknąć każdego.

Moje doświadczenia z chirurgią bariatryczną są, w pewnym sensie, dziełem przypadku. Jako młody asystent-stażysta zostałem skierowany przez prof. Mariana Pardełę, kierownika Kliniki Chirurgii w Zabrze, do przyklinicznej poradni chirurgicznego leczenia otyłości, która wtedy istniała przy klinice. Muszę przyznać, że wtedy zastanawiałem się – i użyję może nieładnych słów – jak trzeba być głupim, żeby dać się pokroić zamiast mniej jeść i więcej się ruszać.

Miałem jednak to szczęście, że pierwszy chory, którego konsultowałem, wyjaśnił mi, na czym naprawdę polega ta choroba. Powiedział przede wszystkim, że jest wobec niej całkowicie bezradny. Opowiedział, że podejmowane przez niego próby „samoleczenia” – bo tak naprawdę o tym mówimy, kiedy każemy choremu „jeść mniej, ruszać się więcej” – nie tylko były nieskuteczne, ale wręcz przeciwnie. Każda, nawet

niewielka, redukcja masy ciała kończyła się u niego przyrostem większym niż przed rozpoczęciem odchudzania.

To on uświadomił mi, że to nie jest jego wina. I co najbardziej fascynujące – każde późniejsze odkrycie naukowe w tej dziedzinie potwierdzało wszystko, co usłyszałem od tego pierwszego chorego.



Dlatego – jeśli czegoś jeszcze nie wiadomo o tej chorobie, albo – co gorsza – wydaje się, że wszystko już zostało powiedziane, warto po prostu porozmawiać szczerze z osobą chorującą na otyłość. Postuchać, jak wygląda jej życie. Dopiero wtedy można naprawdę zrozumieć, jak wielką tragedią potrafi być ta choroba, jak niszczy zdrowie i życie – i dlaczego tak ważne jest, by ją skutecznie leczyć.

**Nikt sam nie
wybiera tego,
że chce
chorować
na otyłość**



Prof. dr hab. n. med. Alina Kuryłowicz

endokrynolog,
prof. CMKP, Klinika Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego,
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Dlaczego osoba z otyłością powinna wybrać się do endokrynologa?

Nigdy nie wiemy, czy wzrost naszej masy ciała wynika z tego, że mamy problem z równowagą energetyczną, czyli za dużo jemy, a za mało się ruszamy, czy może wynika z zaburzeń hormonalnych. **Przyczyną mogą być problemy z tarczycą, ale też nadmiar kortyzolu, nadmiar androgenów u kobiet, chore jajniki, a u mężczyzn niedobór testosteronu.** Jeżeli zaczniemy leczyć otyłość, a nie uwzględnimy tych problemów, to nie uda się wyleczyć choroby otyłościowej i nasze działania nie będą skuteczne. Natomiast specjalista endokrynolog zleci odpowiednie badania i doradzi, jakie kroki należy podjąć, aby chorobę otyłościową wyleczyć.

Dlaczego tyjemy?

To trudne pytanie i nie da się na nie odpowiedzieć w kilku zdaniach. Otyłość ma bardzo skomplikowaną definicję. To choroba bardzo złożona, do której dochodzi na skutek interakcji między czynnikami genetycznymi a środowiskiem. **Oznacza to, że mamy pewien pakiet genów, który może nas predysponować do wzrostu masy ciała.** Jakie to geny? Takie, które zostały wyselekcjonowane na drodze ewolucji, które naszym przodkom pozwalały przetrwać od polowania do polowania, bo byli zdolni kumulować energię. Niestety, w czasach dobrobytu, kiedy jedzenie stało się powszechnie dostępne, te geny obróciły się przeciwko nam i sprzyjają rozwojowi otyłości. Natomiast nie w samych genach tkwi problem. Zmienił się nasz styl życia, środowisko, w którym żyjemy, dużo więcej jest zanieczyszczeń i substancji, które negatywnie wpływają na metabolizm tkanki tłuszczowej. Przez ostatnie lata zmienił się także sposób naszego odżywiania, jemy zdecy-



dowanie więcej produktów wysokoprzetworzonych, jemy w pośpiechu, nie mamy czasu zastanowić się, jak przygotować dobrze skomponowany posiłek. A aktywność fizyczna? Kuleje. Wszyscy zasiedliśmy za kierownicami samochodów, za pulpitemi komputerów. To wszystko sprawia, że niestety nasza masa ciała nieubłaganie, z roku na rok rośnie.

Czy twierdzenie, że wystarczy mniej jeść i więcej się ruszać ma uzasadnienie?

Otyłość nie jest prostą chorobą, nie wynika wyłącznie z tzw. dodatniego bilansu energetycznego, czyli z tego, że za dużo jemy i za mało się ruszamy. Jeżeli już raz w życiu dojdzie do tego, że zostanie podwyższona masa ciała, to tkanka tłuszczowa przestaje prawidłowo działać. Zaczyna się buntować, zaczyna działać przeciwko naszemu ciału. Produkuje szereg różnych substancji i hormonów, które to ciało zatrują. Nie wystarczy tylko jeść mniej i więcej się ruszać, aby ta tkanka tłuszczowa zaczęła działać prawidłowo. Czasami potrzebna jest interwencja farmakologiczna, czyli leki, które w pewnym sensie naprawią działanie tkanki tłuszczowej, a czasem potrzebna jest pomoc chirurga bariatry, który umiejętnie operując przewód pokarmowy sprawi, że wydzielane przez ten przewód hormony wyregulują uczucie sytości i spowodują również to, że tkanka tłuszczowa będzie prawidłowo pracować.

Kiedy należy zastosować leczenie farmakologiczne przy pomocy nowoczesnych analogów, a kiedy jednak operacja bariatryczna jest lepszym narzędziem?

Mamy ściśle określone wskazania do wdrożenia farmakoterapii otyłości i do zakwalifikowania pacjenta do operacji bariatrycznej. Najważniejszym kryterium jest wskaźnik masy ciała BMI. Oficjalnie możemy wdrożyć farmakoterapię

otyłości w momencie, kiedy ten wskaźnik wynosi 27 i więcej i wystąpi choć jedno związane z otyłością powikłanie, np. bóle stawów. W przypadku operacji bariatrycznej ta skala jest przesunięta wyżej. Obecnie możemy kwalifikować do operacji pacjentów, których współczynnik masy ciała wynosi 35 i więcej i wystąpi choć jedno powikłanie związane z chorobą otyłościową. Ale kryteria kwalifikacji do operacji bariatrycznej ewoluują. Według Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgicznego kwalifikuje się już pacjentów z niższym wskaźnikiem masy ciała, a mianowicie 30, co oznacza, że widzi się potrzebę wcześniejszej interwencji.

Nie kwalifikujemy do farmakoterapii osób, które nie podjęły próby redukcji masy ciała za pomocą zmiany stylu życia i coraz częściej mówi się, że nie powinno się kwalifikować do operacji bariatrycznej pacjentów, którzy nigdy nie spróbowali farmakoterapii.

Czy prawdą jest, że te wszystkie nasze fałdki to tak naprawdę aktywna tkanka hormonalna i co to oznacza dla naszego organizmu? Jakie są konsekwencje, kiedy tych fałdek mamy za dużo?

Ostatnie lata zmieniły nasze postrzeganie układu hormonalnego. Kiedyś myśleliśmy o nim tylko z perspektywy klasycznych organów wydzielania wewnętrznego: tarczycy, przysadki, nadnerczy, jajników, jąder. Ale dowiedzieliśmy się, że są też inne źródła hormonów i właśnie tkanka tłuszczowa jest takim wielkim magazynem i fabryką hormonów. Takim magazynem, który, jeżeli działa prawidłowo, to wspiera nasze ciało, np. kobiety, żeby regularnie miesiączkować, żeby być płodne, muszą mieć pewien odsetek tkanki tłuszczowej. Natomiast, jeśli tkanki tłuszczowej jest za dużo, jeżeli jest ona zbuntowana, tak jak to jest to u chorych z otyłością, to zaczyna ona sabotować nasz orga-

nizm – produkuje szereg substancji, które działają prozapalnie, destabilizują, rozregulowują pracę innych narządów czynnych hormonalnie i są przyczyną związanych z otyłością powikłań. Czy zatem można mówić o „zdrowej” i „mniej zdrowej” tkance tłuszczowej? I tak i nie. Generalnie nadmiar tkanki tłuszczowej zawsze jest niekorzystny dla organizmu, ale wiemy też, że najgorsza jest tkanka tłuszczowa zlokalizowana wokół pasa. Jest to otyłość, którą nazywamy otyłością trzewną lub brzuszną i która koreluje z wysokim ryzykiem związanych z otyłością powikłań, np. udarów mózgu, zawałów serca, cukrzycy.

Jakie hormony wpływają na zaburzenia odżywiania skutkujące otyłością?

Nasz apetyt, poczucie sytości jest regulowane przez hormony wydzielane przez tkankę tłuszczową i przez przewód pokarmowy. W przewodzie pokarmowym wydzielane są takie hormony, jak grelina, która mówi ciętu: jedz, musisz zjeść, jesteś głodny! Ale wydzielane są tam też hormony, które zwiększają uczucie sytości. Takimi hormonami są inkretyny (białka o nazwie GLP-1 i GIP), które wydzielają się w momencie, kiedy w przewodzie pokarmowym pojawi się posiłek. Mają one kilka ważnych zadań:

1. Informują głowę – jadłeś, nie musisz jeść więcej.
2. Dostosowują wydzielanie insuliny do poziomu cukru we krwi, przez co stężenie cukru jest stabilne, nie mamy napadów głodu i senności poposiłkowej.
3. Spowalniają opróżnienie żołądka, przez co dłużej odczuwamy sytość.
4. Są w stanie przyspieszyć spalanie w tkance tłuszczowej.

Co się dzieje u chorych z otyłością? Rośnie stężenie greliny, czyli rośnie sygnał – jedz, jedz, jedz, potrzebujesz jedzenia, opada natomiast stężenie GLP-1 i GIP, w związku z czym sygnał sytości staje się słaby. Warto wiedzieć o tych hormonach, ponieważ są one wykorzystywane w leczeniu choroby otyłościowej. Wykonując np. resekcję żołądka, chirurg usuwa komórki produkujące grelinę, czyli zmniejsza wydzielanie hormonu zwiększającego łaknienie, a stymuluje w ten sposób wydzielanie dobrych hormonów GLP-1 i GIP, zwiększających sytość. Z kolei, jeżeli nie chcemy się operować, a chcemy leczyć otyłość farmakologicznie, możemy sięgnąć po leki z grupy analogów, czyli udające działanie hormonów GLP-1 i GIP, które zwieszają uczucie sytości, spowalniają opróżnianie żołądka i stabilizują poziom glukozy, przez co ułatwiają proces redukcji masy ciała.

Dlaczego tak się dzieje, że jedni tyją od liścia sałaty, a drudzy są chudzi, mimo, że codziennie jedzą słodczyce i pizzę?

Nikt nie będzie chudy na zawsze. To zawsze zależy od tego na jakim jesteśmy etapie naszego życia. Czasem widzimy, że niektóre osoby są uprzywilejowane – mają bardzo korzystny zestaw genów odziedziczonych po przodkach, który sprzyja spalaniu energii. Prawda jest jednak taka, że nawet najlepsze geny przegrywają z upływem czasu i gdzieś po 50. roku życia ci zawsze szczupli zaczynają przybierać na wadze. I jest im nawet trudniej temu przeciwdziałać, ponieważ nie mają absolutnie żadnych dobrych nawyków. A faktycznie część z nas ma taką predyspozycję odziedziczoną po przodkach, że musi przez całe życie uważać na to, żeby ich bilans energetyczny był wyrównany.

Jaki wpływ na stan zdrowia pacjenta ma redukcja masy ciała?

W procesie leczenia otyłości redukcja masy ciała nie jest głównym celem. Naszym celem jest to, aby pacjent żył długo



Dlaczego jedni tyją od liścia sałaty, a drudzy są chudzi?

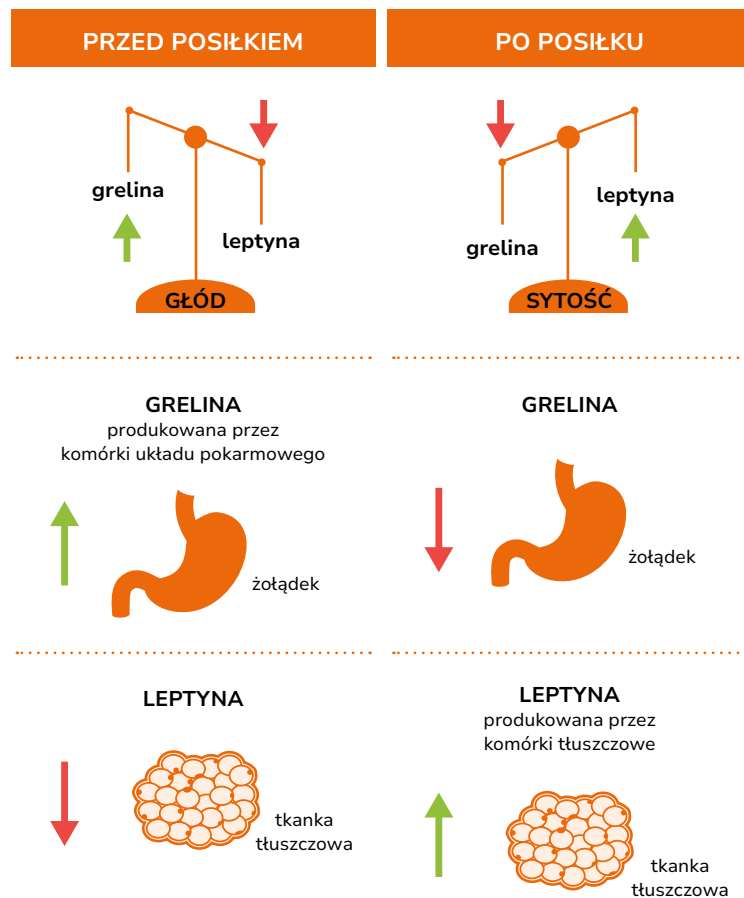
i szczęśliwie, a redukcja masy ciała jest środkiem do osiągnięcia tego celu. Gdy ubywa kilogramów tkanki tłuszczowej, to ta tkanka zaczyna działać prawidłowo, przez co wycofuje się produkowany przez nią stan zapalny i wszystkie negatywne układy hormonalne, które ukształtowały się w przebiegu otyłości. Dlatego, gdy redukujemy masę ciała, obniża się ciśnienie krwi, obniża się poziom cukru, poprawia się stężenie cholesterolu. Automatycznie czujemy się lżejsi i chętniej ćwiczymy, a to sprawia, że dalej redukujemy masę ciała.

Czym są i jak działają grelina i leptyna?

Grelina jest hormonem wydzielanym przez komórki żołądka, który ma bardzo ważne – z punktu widzenia utrzymania naszego gatunku – zadanie, a mianowicie informowanie organizmu o tym, że musi przyjąć energię. Gdybyśmy nie mieli greliny, nie mielibyśmy potrzeby jedzenia, łaknienia, co w dłuższej perspektywie okazałoby się zgubne. Leptyna to z kolei hormon produkowany przez tkankę tłuszczową.

Hormon, który przede wszystkim zwiększa uczucie sytości, czyli informuje mózg o tym, że zjedliśmy posiłek i tej energii jest dość, nie potrzeba jej już więcej. U kobiet leptyna warunkuje też prawidłową owulację i cykle miesięczne. Rzecz w tym, że w momencie, kiedy przybieramy na masie ciała, nasze ciało robi się na leptynę odporne. Tkanka tłuszczowa reaguje na to w ten sposób, że produkuje leptyny coraz więcej, ale w niczym to niestety nie pomaga. Nasz mózg przestaje odbierać sygnały wysyłane przez leptynę.

Schemat działania greliny i leptyny



Spotkałam się z taką opinią u dietetyka, który powiedział, że to są wymysły z tą greliną, bo przecież kiedyś ludzie byli szczupli, nie było problemu z otyłością, a gdyby grelina i leptyna decydowały o otyłości, to zawsze byśmy ją mieli.

Grelina i leptyna krążą w naszych ciałach od wieków i to nie one odpowiadają za epidemię otyłości, którą teraz obserwujemy. Rzecz w tym, że kiedyś po pierwsze ludzie nie dożywali takiego wieku jak teraz. Ich metabolizm nie miał szansy się zestarzeć i się popsuć. Prawdą też jest to, że nasze społeczeństwo kilkaset lat temu wyglądało zupełnie inaczej, jeśli chodzi o strukturę. Osób, które miały ciągły dostęp do żywności było niewiele. Jak popatrzymy na portrety królów Polski, to wielu z nich chorowało na otyłość. Natomiast większość społeczeństwa przez większość roku po prostu głodowała. Pewnie dlatego kiedyś ludzie częściej byli szczupli niż otyli.

Co w takim razie odpowiada za pandemię otyłości i dlaczego dzieci tak masowo tyją?

Na to pytanie nie ma jednej prostej odpowiedzi. Oczywiście trochę odpowiadają za to geny, ale przede wszystkim odpowiadają za to przemiany, jakie zaszły w naszym otoczeniu w ciągu ostatnich kilkunastu, kilkudziesięciu lat. Pod ręką mamy multum łatwo dostępnej, wysokoprzetworzonej, wysokokalorycznej, bogatej w cukry żywności, która im bardziej przetworzona, tym tańsza. Proszę zauważyć, jak kształtują się ceny żywności ekologicznej, a jak takiej powszechnie dostępnej. Druga rzecz, to fakt, że przestaliśmy się ruszać, częściej korzystamy z samochodów czy usług na telefon, nawet zamawiamy jedzenie przez telefon. Jeśli chodzi o dzieci, to często są zapisywane na zajęcia dodatkowe, ale na te zajęcia są zawożone przez rodziców samochodem. Co z tego, że dziecko przez

dwie godziny w tygodniu uprawia sport, jak przez resztę tygodnia się nie rusza? Siedzi w domu, siedzi w szkole, jest wożone samochodem. Kiedyś próbowano ocenić, ile ruchu potrzebuje przecięty dziesięciolatek. Okazało się, że on tak naprawdę powinien się ruszać przez większość dnia, a najwyżej przez dwie godziny siedzieć. Popatrzmy na nasze dzieci i nie dziwmy się, że tyją one na potęgę.

Niektórzy twierdzą, że insulinooporność to wymysł naszych czasów. Czym jest insulinooporność i jak ją pokonać?

Nasze tkanki różnią się wrażliwością na insulinę. Mamy takie tkanki, które chłoną cukier, czyli glukozę, właściwie bez udziału insuliny – tak działają pracujący mózg i pracujące mięśnie. Mamy jednak też taką tkankę, która jest wybitnie odporna na działanie insuliny i jest nią tkanka tłuszczowa. Dlatego im więcej tkanki tłuszczowej, tym bardziej jesteśmy insulinooporni. Insulinooporność nie jest chorobą jako taką, ale jest stanem towarzyszącym osobom walczącym z nadwagą i otyłością. Jest jednak wyjątek: są nim osoby, które mają genetycznie uwarunkowaną insulinooporność. To kobiety chorujące na zespół policystycznych jajników, czyli około 15% kobiet w Polsce. Mają one defekt receptora dla insuliny, a to oznacza, że ten receptor nie widzi częściowo insuliny w ich organizmie, przez co są one insulino odporne.

Czy pacjentki po operacji bariatrycznej mogą stosować antykoncepcję hormonalną? Jaka forma antykoncepcji jest najlepsza dla pacjentek bariatrycznych?

Mamy dostępnych kilka różnych form antykoncepcji. Najczęściej stosowane są tabletki, ale mamy też alternatywne formy – antykoncepcję w postaci plastrów, implantów, krążków dopochwowych i wkładek domaciczych. U pacjentek po operacjach bariatrycznych może występować problem z wchłania-

niem wszelkich tabletek, w tym antykoncepcyjnych. W związku z tym, jeżeli takiej pacjentce zależy na wysoko skutecznej antykoncepcji, powinna zdecydować się na plastry, krążek dopochwowy, wkładkę domaciczną albo na lek implementowany w tkankę podskórną.

Dlaczego osoby, które nie mogły zajść w ciążę, po operacji bariatrycznej i redukcji masy ciała łatwiej zachodzą w ciążę?

U chorych na otyłość mamy do czynienia ze zjawiskiem insulinooporności. Oznacza to, że ich trzustka, wydzielająca insulinę, musi się dwoić i troić, żeby zapewnić prawidłowy poziom cukru we krwi. Dlatego chorzy na otyłość mają zazwyczaj bardzo wysokie poziomy insuliny. Ta intensywna praca trzustki oczywiście grozi tym, że w przyszłości mogą rozwinąć cukrzycę, bo trzustka się wyczerpie. Ale te wysokie stężenia insuliny mają też negatywny wpływ na funkcję jajników u kobiet. Powodują one, że jajniki zaczynają produkować więcej męskich hormonów – androgenów i przez to rozregulowaniu ulega cykl miesięczny. Co więcej, tkanka tłuszczowa jest też miejscem, w którym produkowane są hormony sterydowe – estrogeny i testosteron. U kobiet z otyłością powstaje w tkance tłuszczowej więcej testosteronu, natomiast u mężczyzn z otyłością jest wręcz odwrotnie, ich testosteron jest tam przerabiany w estrogeny. Dlatego również mężczyźni chorujący na otyłość mają problemy z płodnością.



Redukcja masy ciała czy za pomocą farmakoterapii, czy za pomocą operacji bariatrycznej, zmniejsza insulinooporność, obniża poziom insuliny, przywraca właściwą pracę jajników u kobiet i reguluje produkcję hormonów w tkance tłuszczowej. Dlatego redukcja masy ciała jest skuteczną metodą przywrócenia płodności u chorych na otyłość.

Jaka forma antykoncepcji jest najbardziej wskazana u otyłych, którzy jeszcze nie zredukowali masy ciała?

Tabletki antykoncepcyjne mają szereg plusów. Niestety zawarte w nich estrogeny mogą zwiększać ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, czyli najprościej mówiąc zakrzepów w żyłach, zazwyczaj kończyn dolnych, ale też zatorów, które mogą się przemieścić do płuc. To ryzyko rośnie u chorych z wysoką masą ciała, u chorych z otyłością. Dlatego zazwyczaj pacjentkom chorującym na otyłość nie zalecamy doustnych tabletek antykoncepcyjnych, zawierających estrogeny i progestageny. Alternatywą są implanty w tkankę tłuszczową, wkładki domaciczne, ewentualnie antykoncepcja w tabletkach oparta na samych progestagenach.

Czy kobiety po operacji bariatrycznej mogą stosować hormonalną terapię zastępczą w okresie menopauzy?

Kobieta po operacji bariatrycznej, tak jak każda inna kobieta, prędzej czy później wejdzie w okres menopauzy i będzie potrzebowała pomocy, ponieważ będzie traciła własne estrogeny, które dają nam supermoce. Dzięki nim dobrze funkcjonujemy, dobrze myślimy. Dlatego nie można kobietom po operacji bariatrycznej odmówić menopauzalnej terapii zastępczej. Jaką preferujemy w tym przypadku?

Oczywiście taką, przy której nie będzie ryzyka, że lek może się źle wchłoniąć, czyli preferowaną opcją dla kobiet po operacji bariatrycznej będą plastry np. z estrogenem, połączone z wkładką domaciczną, ponieważ kobieta, która ma macicę nie może stosować samych estrogenów. Jeżeli chce stosować estrogeny, musi mieć jednocześnie podany progestagen, czyli założoną wkładkę uwalniającą progestageny.



Czy gwałtowna utrata tkanki tłuszczowej w wyniku operacji bariatrycznej czy po stosowaniu farmakoterapii może wpłynąć na wcześniejsze wystąpienie menopauzy?

Tkanka tłuszczowa jest źródłem estrogenów. Faktycznie obserwuje się, że kobiety, które mają więcej tkanki tłuszczowej nieco później wchodzą w okres menopauzy i to właśnie dzięki temu, że estrogeny produkowane w tkance tłuszczowej uzupełniają niedobór estrogenów wynikający z tego, że z czasem jajniki przestają pracować efektywnie. I jeśli tej tkanki tłuszczowej jako źródła estrogenów zabraknie, kobiety, które do tej pory funkcjonowały dobrze i nie miały objawów menopauzalnych, nagle mogą te objawy zacząć odczuwać. Należy przed zastosowaniem środków farmakologicznych czy przed operacją poinformować pacjentki będące w okresie perimenopauzy o tym, że mogą wystąpić objawy menopauzalne, ale też o tym, że możemy w tym pomóc.

Jak pomóc kobietom, które zaczynają doświadczać objawów menopauzy?

Menopauza to trudny moment w życiu kobiety, bo estrogeny to nasi sprzymierzeńcy i dzięki nim dobrze funkcjonujemy. Gdy ich braknie, nagle czujemy się zagubione jak dzieci we mgle – gorzej nam się myśli, mamy tendencję na przybierania na masie w okolicach brzucha i upodabniamy się tym samym nieco do mężczyzn, a tego przecież nie chcemy. Dlatego pozwólmy sobie pomóc i odwiedźmy ginekologa, który jest niezbędny do wdrożenia menopauzalnej terapii zastępczej. To ważne, bo żeby taka terapia była bezpieczna, trzeba mieć pewność, że podawane w tej formie estrogeny nie wywołają nowotworu piersi lub macicy. Dlatego konieczne jest przed wdrożeniem menopauzalnej terapii zastępczej, wykonanie mammografii, USG piersi, USG narządu rodniczego i pobranie cytologii. Jeżeli wyniki tych

badań są prawidłowe, to nie ma większych przeciwwskazań do tego, aby tę terapię wdrożyć, z pewnymi wyjątkami. Nie stosujemy tej terapii u osób po udarze i zakrzepicy, bo boimy się, że estrogeny mogą zwiększyć ryzyko kolejnego udaru lub zakrzepu. Jednak u kobiet w okolicach 45-50 roku życia taka sytuacja jest dość rzadka.

W jaki sposób tyją mężczyźni i dlaczego szybciej i łatwiej chudną?

Typową dla mężczyzn otyłością jest tzw. otyłość brzuszna albo typu jabłko. Niższy poziom estrogenów i testosteron decydują o tym, że preferencyjnie u mężczyzn tkanka tłuszczowa odkłada się w obrębie pasa. Ale każdy mężczyzna ma wyjściowo wyższą masę mięśniową niż kobieta i ta masa mięśniowa sprzyja szybszej przemianie materii. Dlatego wielu mężczyzn bardzo skutecznie redukuje masę

Wyższa masa mięśniowa u mężczyzn sprzyja szybszej przemianie materii.



ciała, wdrażając chociażby regularną aktywność fizyczną. Ta wyższa masa mięśniowa sprawia, że lepiej reagują na drobne restrykcje kaloryczne, rzędu 500 kcal, które w przeciągu miesiąca lub dwóch potrafią już przynieść bardzo dobre efekty. Dlatego bardzo nie lubię leczyć par chorujących na otyłość, bo zawsze to wygląda tak, że kobieta dwoi się i troi, a mężczyzna, który „tylko” się dostosowuje do zaleceń, chudnie dwa razy więcej niż partnerka.

Dlaczego tyjemy z wiekiem?

Wszyscy nieuchronnie się starzejemy. Co to oznacza z punktu widzenia układu hormonalnego? A to, że wygasają nasze podstawowe osie hormonalne – coraz gorzej pracuje tarczyca, coraz słabiej pracują nadnercza, jajniki lub jądra. Zaczyna brakować hormonów, które podkręcają nam przemianę materii, dlatego z wiekiem mamy coraz więcej tkanki tłuszczowej i coraz mniej tkanki mięśniowej. Oczywiście spowolnienie przemiany materii zachodzi w różnym tempie u różnych osób. U osób bardziej aktywnych fizycznie ten proces jest wolniejszy, natomiast u osób, które w okolicach 30. roku życia zasiadły za biurkiem ten proces będzie bardziej przyspieszony.

Na czym polega działanie nowoczesnych analogów GLP-1 i GIP? W jaki sposób blokują one łaknienie i czy spowalniają metabolizm?

Nowoczesne leki stosowane w farmakoterapii choroby otyłościowej to leki imitujące działanie hormonów jelitowych. W naszym jelicie po posiłku wydzielają się takie substancje jak GLP-1 i GIP, których zadaniem jest przede wszystkim poinformować naszą głowę, o tym, że zjedliśmy posiłek i już jesteśmy syści. Te substancje również normalizują poziom cukru we krwi, więc nie mamy napadów zwiększonego łaknienia, opóźniają opróżnianie żołąd-

ka, więc jesteśmy dłużej syści, a właściwością hormonu GIP jest także możliwość przyspieszenia metabolizmu tkanki tłuszczowej. I tak właśnie działają nowoczesne leki stosowane w farmakoterapii choroby otyłościowej – zmniejszają łaknienie, wydłużają uczucie sytości, zapobiegają spadkom glukozy i w pewien sposób przyspieszają spalanie tkanki tłuszczowej. Natomiast prawdą jest, że leczenie otyłości nie może polegać na robieniu sobie raz w tygodniu zastrzyku, bo jeżeli zastrzyku zabraknie, nagle sytość zniknie, a uczucie głodu wróci ze zdwojoną siłą. Dlatego odpowiedzialne podejście do farmakoterapii otyłości polega na tym, że pozwalamy pacjentowi dzięki tym lekom wdrożyć nowe prozdrowotne nawyki i mamy nadzieję, że w trakcie trwania farmakoterapii te nawyki się utrwalą.

Dlaczego po odstawieniu analogów GLP-1 występuje efekt jo-jo?

To, czy po odstawieniu farmakoterapii otyłości wystąpi efekt jo-jo, zależy od kilku przyczyn. Po pierwsze od tego, czy wyjściowo osoba stosująca tę farmakoterapię miała duży niedobór hormonów, które są podawane w formie zastrzyku, czyli GLP-1 i GIP. Część osób nie jest w stanie mieć prawidłowo wyregulowanej sytości bez stałego podawania tych leków, chociażby w małej dawce. Częściej jednak mamy do czynienia z taką sytuacją, że lek jest odstawiany z dnia na dzień i wtedy faktycznie masa ciała wzrasta – wzrasta łaknienie, spada uczucie sytości, dochodzi do rozregulowania poziomu cukru we krwi. Dlatego zalecamy odstawianie tych leków stopniowo i czujne obserwowanie, jak zachowuje się mój apetyt, jak się zachowuje moje uczucie sytości, czy jest taki moment, w którym ta sytość jest zdecydowanie mniejsza. Kolejna sprawa, efekt jo-jo po odstawieniu leku zależy od tego, jak pacjent wykorzysta czas farmakoterapii. Czy będzie tylko i wyłącznie

podawał sobie zastrzyk, czy spróbuje zmienić coś w swoim życiu. Jeżeli farmakoterapii nie będzie towarzyszyło mądre odżywianie, współpraca z psychodietetykiem czy ćwiczenia fizyczne, to nie ma szans, żeby po jej odstawieniu nie doszło do ponownego wzrostu masy ciała.

Jak długo należy przyjmować leki, aby efekt był skuteczny i długotrwały?

Skuteczność farmakoterapii choroby otyłościowej oceniamy po trzech miesiącach stosowania przez pacjenta dawki maksymalnej lub maksymalnej tolerowanej danego leku. Jak wiemy, niektóre z leków dostępnych na rynku mają aż sześć możliwych dawek do stosowania. Czyli w przypadku takiego leku mamy sześć miesięcy na zwiększanie dawki



i jeszcze dwa-trzy miesiące na ocenę skuteczności, czyli w sumie mówimy o około ośmiu miesiącach. W przypadku leków podawanych codziennie, efekt jesteśmy w stanie ocenić po trzech-czterech miesiącach. W przypadku leku podawanego w tabletkach, efekt jesteśmy w stanie ocenić po szesnastu tygodniach. W przypadku leku podawanego raz w tygodniu, który jest dostępny w trzech dawkach, po mniej więcej pięciu miesiącach. Pamiętajmy, potrzebujemy trochę czasu, żeby zaobserwować efekt działania leku.

Co to znaczy, że lek jest skuteczny? Nas, lekarzy cieszy już 5% redukcja masy ciała. Natomiast wielu pacjentów ma znacznie większe oczekiwania i wtedy po trzech miesiącach kuracji odstawia lek, bo nie zredukowali zakładanej masy ciała o 20 kilogramów. I to jest błąd. Po pierwsze, pamiętajmy, że tak jak rozwój choroby to proces długotrwały, tak proces jej leczenia będzie trwał. Ile? To zależy od pacjenta, sześć, czasem dwanaście miesięcy. Mamy też pacjentów, którzy stosują te leki cztery-pięć lat. Dlaczego? Dlatego, że

to czas, jaki jest im potrzebny na zmianę nawyków, a część pacjentów będzie musiała stosować dalej te leki w mniejszych dawkach przewlekle. Dlatego, że w inny sposób nie są w stanie wyregulować uczucia sytości i głodu.

O jakich działaniach niepożądanych powinniśmy wiedzieć, stosując nowoczesną farmakoterapię otyłości?

Wiele zawdzięczamy nowoczesnej farmakoterapii otyłości. Musimy jednak wiedzieć, że nie ma róży bez kolców. Te leki mają działanie niepożądane o różnym charakterze. Te najczęstsze dotyczą przewodu pokarmowego, ponieważ w pewien sposób hamują jego perystaltykę. Dlatego możemy się spodziewać nudności, nasilenia choroby refluksowej (odbijanie, zgaga), czasami również zaparc. Dobra wiadomość jest taka, że te objawy z czasem ustępują. Można też poprosić lekarza o przepisanie równocześnie leków prokinetycznych (przyspieszających perystaltykę), które częściowo te objawy znoszą. Są jednak też inne objawy, o których mówi się rzadziej. W przypadku leków stosowanych w zastrzykach jest to wypadanie włosów. Na szczęście wstępne doniesienia, dotyczące zwiększonego ryzyka zachorowania na nowotwory trzustki i tarczycy oraz zapaleń trzustki w trakcie stosowania tych leków, zostały ostatnio zdementowane. Pomogło w tym badanie SELECT, w którym pacjenci stosujący semaglutyd byli obserwowani przez pięć lat i w grupie ponad 8000 osób stosujących ten lek nie stwierdzono częstszego występowania tych poważnych powikłań niż w grupie porównawczej, która tego leku nie otrzymywała.

Dlaczego otyłość jest chorobą z tendencją do nawrotu?

Nasza tkanka tłuszczowa to bardzo przebiegła tkanka. Tkanka, która pamięta, że kiedyś miała dostarczane więcej

energii. Czyli możemy patrzeć na chorego z otyłością jak na osobę otyłą bez względu na to, ile aktualnie waży. Z punktu widzenia tkanki tłuszczowej raz doznany fakt otyłości piętnuje ją na zawsze – zawsze będzie miała tendencję do kumulowania energii, gdy tylko taka okazja się przytrafi. W związku z tym, chorzy na otyłość tak naprawdę muszą przez całe swoje życie przestrzegać zaleceń dietetycznych, muszą być aktywni, muszą także czasem stosować przewlekle farmakoterapię, chociażby w małych dawkach, po to, aby ich tkanka tłuszczowa nie dostawała sygnału, że może z powrotem kumulować energię.

Dlaczego tak trudno utrzymać efekt odchudzania i jak to skutecznie zrobić?

W momencie, kiedy zaczyna się proces redukcji masy ciała, nasze ciało traktuje to jako atak na jego dobrostan. Dlatego rośnie stężenie hormonów głodu, a spada stężenie hormonów sytości. Przez to im dłużej trwa proces redukcji masy ciała, tym bardziej jesteśmy głodni, nieszczęśliwi i trudniej jest nam wytrwać w zaleconym postępowaniu. Dlatego nie jest łatwo zredukować masę ciała, bo dla naszego ciała jest to po prostu zagrożenie. I dlatego ten proces musi trochę trwać, więc nie zalecamy diet-cud, drastycznych cięć kalorycznych. Bo owszem, organizm może być w pierwszym momencie zaskoczony i straci dwa, trzy, pięć kilogramów, ale potem uruchomi wszelkie siły i środki żeby temu spadkowi energii zapobiegać i dojdzie w najlepszym wypadku do stabilizacji masy ciała, a zazwyczaj do spowolnienia przemiany materii i tego co potocznie nazywamy efektem jo-jo.

Jak nie przytyć po operacji bariatrycznej?

Operacja bariatryczna to zdecydowanie zmiana, do której należy być dobrze przygotowanym. Dlatego proces kwali-

fikowania pacjenta do operacji bariatrycznej musi trwać, najczęściej od trzech do sześciu miesięcy. To nie może być decyzja podjęta pochopnie. Ta zmiana będzie także dotyczyć życia, które będzie się toczyło po operacji. Ale to nie oznacza, że to życie będzie pozbawione smaku i barw. Będzie życiem bardziej świadomym, w którym nasze decyzje dotyczące posiłków będą podejmowane z rozwagą. Życiem, któremu będzie towarzyszyła aktywność fizyczna i współpraca ze specjalistami, bo ktoś będzie musiał pacjenta monitorować i sprawdzać, czy nie rozwija niedoborów. Często będzie też potrzebna współpraca z psychologiem, który będzie stał przy naszym pacjencie w różnych trudnych momentach, które po tej operacji mogą nastąpić.

Mówi się, że pacjenci z otyłością zabierają chorym na cukrzycę ich leki. Jak to wygląda z Pani punktu widzenia?

Otyłość to choroba, która generuje ponad 200 różnych powikłań. Najczęstszym metabolicznym powikłaniem jest cukrzyca typu 2. Dlatego, że przyczyną cukrzycy typu 2 jest insulinooporność, która najczęściej wynika z nadmiaru tkanki tłuszczowej niewrażliwej na insulinę. Dlatego chory z otyłością, żeby mieć prawidłowy cukier we krwi na początku potrzebuje wyższych stężeń insuliny i owszem ten mechanizm działa, ale do czasu. Jego trzustka pracuje na 200-300% i do pewnego momentu jego stężenie cukru we krwi jest prawidłowe. W pewnym momencie jednak trzustka się wyczerpuje, nie daje rady produkować więcej insuliny i wtedy stężenie cukru we krwi rośnie. Dobra wiadomość jest taka, że za pomocą redukcji masy ciała jesteśmy w stanie zapobiec rozwojowi cukrzycy u chorych z otyłością np. u tych którzy mają już stany przedcukrzycowe. A jeżeli ta redukcja masy ciała sięgnie 10-15%, to nawet u osoby, która chorowała wcześniej na cukrzycę, cukrzyca może zupełnie

się wycofać. Dlatego stosujemy te same leki, które mamy zarejestrowane w leczeniu cukrzycy również u chorych z otyłością. Na świecie leki takie, jak semaglutyd, liraglutyd, dulaglutyd czy tirzepatyd są zarejestrowane do leczenia cukrzycy. W Polsce czekamy jeszcze aż pojawi się semaglutyd w dawkach takich, jak na Zachodzie leczy się otyłość, tym niemniej semaglutyd dostępny w mniejszych dawkach jest również lekiem dla chorych na otyłość. Tu nie ma żadnej konkurencji i wykradania sobie leków. Tak naprawdę chorzy na otyłość, stosując te leki, zmniejszają populację chorych z cukrzycą i tak na to powinniśmy patrzeć.

Jakie ma Pani przesłanie dla pacjentów chorych na otyłość?

Moi drodzy pacjenci chorujący na otyłość – nie jesteście sami!

Jesteśmy my – lekarze, dietetycy, fizjoterapeuci, psychologowie, którzy bardzo chcemy Wam pomóc.

Nie bójcie się i nie zwlekajcie z wizytą u nas. My wiemy, jak z Wami rozmawiać, rozumiemy wiele Waszych problemów. Mamy teraz skuteczne metody, aby Wam pomóc. Pamiętajcie, otyłość to choroba i nikt jej nie wybrał. Nikt nie chce mieć problemów z nadciśnieniem czy cukrzycą, tak samo jak Wy nie wybraliście tego, że chcecie chorować na otyłość.

Zbilansowany
posiłek
nie może być
przypadkowy



Ludmiła Podgórska

dietetyczka kliniczna,
Narodowy Instytut Kardiologii,
Klinika Holi, Bodyclinic

Dlaczego „jedz mniej i więcej się ruszaj” nie działa? Przecież dietetycy właśnie każą jeść mniej.

Rzeczywiście wielu specjalistów używa takiego sformułowania – „jedz mniej, więcej się ruszaj”, ale jest to bardzo duże uproszczenie, które krzywdzi pacjentów. Pacjenci narzucają sobie przez to jeszcze większe obostrzenia i długofalowo nie są w stanie ich utrzymać. Dlatego powinni udać się do wyspecjalizowanych dietetyków, którzy pomogą znaleźć im dotychczasowe błędy, a także wskażą, jak je powoli naprawiać np. powiedzą, jak dostosować swoje posiłki w ciągu dnia, jak zadbać o to, by nie były one bardzo małe, ale przede wszystkim odżywcze, a także wytyczą ścieżkę działania.

Twierdzenie — „jedz mniej, więcej się ruszaj” — krzywdzi pacjentów.



Skąd się bierze ochota na słodkie i czy może to być przyczyną niedoborów?

Każdy z nas jest inny, więc ochota na słodczyce może mieć różne podłoże. Może to wynikać ze stosowania zbyt restrykcyjnej diety, z przegładzenia w ciągu dnia lub z powodów emocjonalnych. Niemniej jednak warto przeanalizować swoje zwyczaje z dietetykiem, bo być może okaże się, że uregulowanie posiłków, a także zadbanie o ich jakość, spowoduje, że ochota na te słodczyce będzie dużo mniejsza. Jednak niedobory pokarmowe nie objawiają się w ten sposób, że chce nam się czegoś słodkiego – jest to bardzo duże uproszczenie i raczej mit dietetyczny.

Czy jakieś niedobory witamin i minerałów w organizmie mogą być przyczyną tycia?

Niedobory pokarmowe nie mogą być przyczyną tycia, często są raczej konsekwencją choroby otyłościowej. Wiąże się to z nadużywaniem wysokoprzetworzonej żywności w diecie, z nadużywaniem używek, takich jak alkohol czy papierosy, ale również mogą być związane z tym, że osoby chorujące na otyłość, często cierpią również na nadciśnienie czy cukrzycę i przyjmują leki, które bezpośrednio wpływają na to, że witaminy i składniki mineralne gorzej wchłaniają się z przewodu pokarmowego. Dlatego należy zapamiętać, niedobory pokarmowe nie są przyczyną choroby otyłościowej, ale mogą być jej wynikiem.

Czy pacjent, który dużo je może być niedożywiony? I czym są niedobory żywieniowe?

Osoby chorujące na otyłość paradoksalnie bardzo często są niedożywione. Jest to związane z tym, że ich dieta może być bogata w niskowartościową żywność, która jest bardzo

wysokoprzetworzona, mogą one nadużywać alkoholu, palić papierosy. To wszystko wpływa niekorzystnie na wchłanianie witamin i składników mineralnych, co bezpośrednio wiąże się z wystąpieniem niedożywienia. Niedożywienie to właśnie niedobory witamin, składników mineralnych, ale również białka.

Odczarujmy słowo „dieta”, które kojarzy się z akcją, zaciśnięciem pasa, wytrzymaniem do końca jej trwania. Czym tak naprawdę jest dieta i czy może mieć charakter stały?

Dieta ze starogreckiego to styl życia, jednak w dzisiejszych czasach kojarzy się głównie z restrykcjami i późniejszym efektem jo-jo. Tak naprawdę dieta nie musi być pełna wyrzeczeń, ona powinna być dostosowana do nas, do naszego obecnego stylu życia, do tego czy jesteśmy aktywni, czy mniej aktywni, czy mamy pracę zmianową czy nie. Ale jeżeli mamy problem z wprowadzeniem takiej zdrowej diety, to powinniśmy się wesprzeć radą specjalisty, pójść do dietetyka i ułożyć sobie taki indywidualny plan, który będzie wykonalny przez całe życie.

Jak czytać zalecenia dietetyka i umieć stosować je stale?

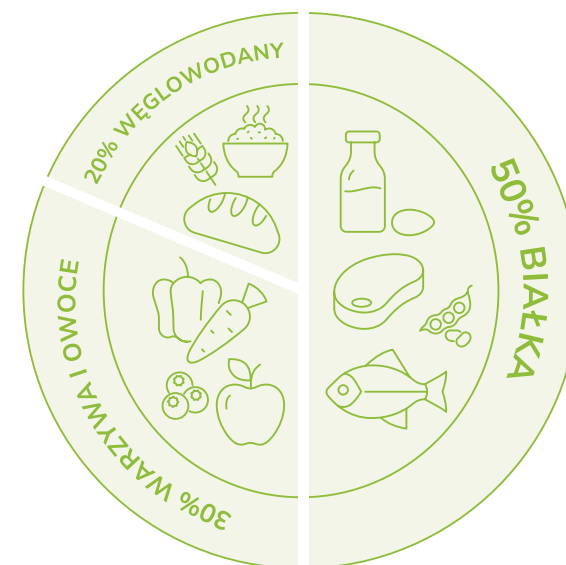
Przede wszystkim musimy pamiętać o tym, że to my jako pacjenci jesteśmy najważniejszym ogniwem w procesie leczenia. I jeżeli jakieś zalecenia dietetyka są dla nas niejasne albo nie współgrają z naszym charakterem i nie są do zastosowania przez cały życie, to należy dietetyka o tym poinformować, ponieważ on nie czyta w naszych myślach. Jeżeli dietetyk nam daje jadłospis, który mamy stosować przez pewien czas, to zapewne jego intencją jest to, żeby to był taki, jak ja to mówię, jadłospis na rozbieg. Czyli, żeby wprowadzić pewne zasady, a później starać się jeść w podobny sposób. Pamiętajmy, że dietetyk jest dla nas i zawsze może-

my do niego wrócić z konkretnym pytaniem. Nie bójmy się pytać – dietetyk powinien odpowiedzieć na każde pytanie i rozwiać każdą naszą wątpliwość oraz zapewnić nas o tym, że ma plan na dalsze miesiące, ale ten plan możemy modyfikować pod konkretnego pacjenta.

Czym jest talerz bariatryczny?

Talerz bariatryczny jest narzędziem do nauki, jak powinien wyglądać zbilansowany posiłek po operacji bariatrycznej. Znacząco się on różni od talerza zdrowego żywienia dla ogółu populacji. Najłatwiej przedstawić go tak – połowę talerza powinny stanowić dobre źródła białka, czyli chude mięso na przykład: drób, chudy nabiał i strączki. Jedną trzecią powinny stanowić warzywa i owoce, a tylko jedną piątą produkty zbożowe. Chodzi w tym o to, żeby pacjent po operacji bariatrycznej był bardzo dobrze odżywiony i chronił swoją masę mięśniową, dlatego białka w jego diecie powinno być więcej.

Talerz bariatryczny



Jak przygotować się do operacji bariatrycznej pod kątem odżywiania i kiedy zacząć te przygotowania?

Przygotowanie do operacji bariatrycznej, szczególnie od strony żywieniowej, dobrze jest zacząć na kilka miesięcy przed operacją i na pewno nie warto czekać z tym na ostatnią chwilę, ponieważ wymaga to zmian w całej organizacji swojego sposobu żywienia w ciągu dnia. To od czego zacząć, to przede wszystkim wizyta u dietetyka, wypełnienie dzienniczka żywieniowego, czego żaden pacjent nie lubi, ja również. Przede wszystkim, dlatego, że trzeba poznać swoje schematy, swoje codzienne nawyki. Dzięki temu możemy znaleźć błędy, a dietetyk może pomóc w uświadomieniu na czym one polegają, ale także na podstawie tego wyznaczyć plan przygotowania. Tak naprawdę przygotowanie żywieniowe do operacji polega na tym, żeby nauczyć pacjenta żyć według zasad, które później będą go obowiązywały. Pacjent powinien jeść pięć zbilansowanych posiłków dziennie. Posiłki przed operacją powinny być z deficytem energetycznym, żeby pacjent zredukował masę do operacji, ale jednak powinny być na tyle odżywcze, żeby nie prowadzić do niedoborów pokarmowych. Dodatkowo pacjent powinien zmienić sposób w jaki je, to znaczy powinien się w pełni skupić na posiłku, jeść małymi kęsami, dokładnie je przeżuwać i przede wszystkim nie popijać posiłków.

Co to znaczy zbilansowany posiłek?

Zbilansowany posiłek to taki posiłek, który nie jest przypadkowy. Jest to posiłek, który będzie uwzględniał wszystkie makroskładniki, czyli białko i zdrowe tłuszcze i węglowodany, które nie są niczym złym w naszej diecie. Może być to na przykład kanapka z wędliną drobiową, z twarogiem i z kubkiem pomidorków koktajlowych. Czyli to nie musi być bardzo duży

posiłek, ale musi być to posiłek, który nasyci nas na dłużej, żebyśmy za dwie godziny nie umierali z głodu.

Jak należy się odżywiać krótko po operacji bariatrycznej?

Dieta po operacji bariatrycznej ma kilka etapów. Początkowy etap diety płynnej jest po to, żeby pacjentowi oszczędzić dyskomfortu i dolegliwości, i żeby wspierać jego gojenie. Przede wszystkim dieta po operacji powinna jak najszybciej być uzupełniana w białko – w tym celu stosujemy np. medyczne preparaty białkowe. Pacjent powinien także suplementować witaminy i składniki mineralne oraz dbać o nawodnienie, ponieważ odwodnienie po operacji bariatrycznej może nieść ze sobą wiele nieprzyjemnych konsekwencji – uczucie osłabienia czy zaparcia.



Czy dieta mleczna przed operacją ma sens?

Dieta mleczna nie jest sposobem, który polecam swoim pacjentom, a raczej im ją odradzam. Teoretycznie, dieta ta ma za zadanie obkurczyć wątrobę, która w chorobie otyło-

ściowej jest zwyczajnie otłuszczona. Niestety ta dieta doprowadzi bardzo szybko do niedożywienia i ciężko mi wyobrazić sobie, że ktokolwiek wytrzyma dwa tygodnie jedynie na piciu mleka albo ewentualnie zjedzeniu sałatki. Przez kilka miesięcy przed operacją pracujemy z pacjentem na tym, żeby wyrobił sobie nowe zdrowe nawyki. Nawyki, które będą mu towarzyszyć po operacji, czyli żeby jadł pięć posiłków dziennie, żeby dokładnie przeżuwał, żeby dbał o nawadnianie, i żeby dbał o jakość diety. Jeżeli tuż przed operacją pacjentowi zalecamy dietę mleczną, to niejako wybijamy go z tego, czego go nauczyliśmy. I przypominamy mu o błędnym rozumieniu diety jako czegoś restrykcyjnego i krótkookresowego. Dlatego nie jestem zwolenniczką takiego postępowania.

Dlaczego dokładne przeżuwanie ma tak duże znaczenie w leczeniu otyłości?

Dokładne przeżuwanie jest dla nas korzystne z kilku powodów. Po pierwsze, niezależnie od operacji bariatrycznej, dokładne żucie posiłku, skupianie się na posiłku, powoduje zwiększone wydzielanie naszego endogennego hormonu GLP1, który odpowiada za uczucie sytości. Natomiast po operacji bariatrycznej, wzięcie za dużego kęsa, niedokładne przeżucie i jeszcze popicie, skończy się wymiotami lub bardzo nieprzyjemnym uczuciem przytkania – z jednej strony będzie chciało nam się wymiotować, a z drugiej strony możemy nadmiernie produkować ślinę.

Ile czasu trwa dieta płynna, półpłynna, a kiedy można zacząć spożywać produkty stałe?

Długość etapów diety o zmienionej konsystencji jest zależna od tego, jaki rodzaj zabiegu przeszedł pacjent oraz tego, jak się czuje. Najczęściej wykonywana operacja bariatryczna na świecie, czyli rękawowa resekcja żołądka, nie wyma-

ga długotrwałego utrzymywania diety o zmienionej konsystencji i już po trzech tygodniach pacjent może wrócić do stałych posiłków. Natomiast po operacjach wyłączających, czyli gastric bypass, mini gastric bypass, SASI czy SADI, te etapy mogą być wydłużone. Ale zawsze priorytetem jest pacjent i jego samopoczucie, dlatego musimy go słuchać. Jeżeli pacjent źle się czuje, nadal ma problem z konkretnymi kęsami, z przeżuwaniem nawet rzeczy pokrojonych w małą kostkę, to być może etap diety o zmienionej konsystencji trzeba wydłużyć. Natomiast, jeżeli pacjent zgłasza, że już dłużej nie da rady jeść papek, to przyspieszamy etap przechodzenia do diety stałej.

Czy po operacji bariatrycznej już nigdy nie zjem moich ulubionych dań?

To zależy. Przede wszystkim od tego, jakie jest to ulubione danie. Badania pokazują, że im więcej utrzymujemy się po operacji na dobrej ścieżce, czyli nasza dieta jest odżywcza, ma pięć posiłków dziennie, jemy według zaleceń dietetyka, tym większe są szanse na utrzymanie docelowej masy ciała. Natomiast to nie jest tak, że po operacji nie można już jeść rzeczy, które bardzo lubimy. Ale musimy mieć świadomość, że wszystko z umiarem. Na wszystko w naszej diecie znajdzie się miejsce, ale podstawą musi być nisko przetworzona dieta, bogata w białko, witaminy, składniki mineralne, a dopiero potem, raz na jakiś czas możemy sięgnąć po coś, co bardzo lubimy.



Czy operacja bariatryczna równa się życiu na papkach i zupkach?

Oczywiście, że nie. Chociaż ja raczej dbam o to, żeby pacjenci po operacji bardzo powoli rozszerzali swoją dietę, co nie ozna-

cza jednak, że robimy to przez pół roku. Raczej zamykamy się w ciągu jednego miesiąca. Natomiast, jeżeli pacjent pozostaje bardzo długo na papkach, zupkach, pitnych jogurtach, dla mnie nie jest to dobrym znakiem. Oznacza to zwykle, że pacjent nadal nie nauczył się dobrej techniki jedzenia, nadal nie przeżuwa, nadal nie skupia się na posiłku, co powoduje przytykanie i dlatego woli pić, czy jeść papkę, ponieważ czuje się potem lepiej. To może mieć swoje złe konsekwencje, ponieważ z biegiem lat, przestajemy odczuwać sytość po produktach półpłynnych i płynnych. To może powodować, że zaczniemy po prostu zwiększać ilość przyjmowanych kalorii, co może prowadzić do nawrotu choroby otyłościowej.

Czy operacja bariatryczna sprawi, że już zawsze pozostaniemy szczupli?

Operacja bariatryczna jest obecnie najlepiej poznanym narzędziem do redukcji masy ciała. Natomiast musimy pamiętać, że o tym, jak będzie po paru latach, decyduje tak naprawdę zmiana stylu życia. Jeżeli zakładamy, że wystarczy sama operacja, to nie jest to najlepszy moment na operację. Należy uświadomić sobie, że podstawą jest stała zmiana stylu życia. Nie oznacza to, że musimy zmienić wszystko z dnia na dzień – to jest proces. I w tym procesie jest też miejsce na pewne błędy czy na robienie kroku w tył. Dlatego pacjentem po operacji powinien opiekować się wyspecjalizowany zespół.



Jaki zespół specjalistów powinien opiekować się pacjentem?

Wyspecjalizowany zespół składa się oczywiście z chirurga, anesteziologa, pielęgniarek, dietetyka, psychologa i fizjoterapeuty, którzy pracują z osobami chorującymi na otyłość i mają doświadczenie w tym, jak z nimi rozmawiać, jak je wspierać i jak pokazywać im kierunek, w którym powinny podążać. Dlate-

go raczej zalecam wybieranie ośrodków z dużym doświadczeniem. Nie może być tak, że pacjent wychodzi ze szpitala i zostaje pozostawiony sam sobie. Bo nigdy nie dzieje się tak, że pacjent, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, schudnie i to utrzyma. Są też rzeczy, których nie jesteśmy w stanie zaplanować, które pojawiają się nagle i które są na tyle stresujące, że mogą spowodować powrót do starych nawyków, o których już zapomnieliśmy, na przykład do podjadania czy picia słodkich napojów. Wtedy może dojść do tak zwanego efektu jo-jo, a tak naprawdę do nawrotu choroby otyłościowej.

Czy możemy włączać słodczyce do codziennej diety?

Jestem zdecydowaną przeciwniczką włączania słodczy do swoich codziennych posiłków. Jest to związane przede wszystkim z tym, że to jest powrót do starych nawyków, ale także przyzwalanie pacjentowi na to, żeby sprawiał sobie przyjemność jedzeniem. A to już jest jedzenie pod wpływem emocji, czyli rzecz, którą powinien zająć się psycholog. Taka dieta z biegiem czasu stanie się coraz mniej odżywcza, coraz mniej działa na naszą korzyść, a bardzo szybko odbije się przyrostem masy ciała. Pamiętajmy o tym, że choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą, która ma tendencję do nawracania, dlatego przewidujemy, nie pozwalajmy sobie na takie małe ustępstwa, jak słodczyce do posiłków, ponieważ bardzo szybko doprowadzi nas to do punktu wyjściowego.

Dlaczego niektórzy jakiś czas po operacji tyją i wymagają reoperacji?

Im dłużej wykonuje się operacje bariatryczne na świecie, tym mamy dłuższą obserwację ich efektów. Ostatnie badania pokazują, że coraz częściej wykonywane są operacje rewizyjne. Jakie są tego przyczyny? Mogą być one wielorakie, zwykle jest to jednak powrót do starych nawyków, do zmniejszenia

aktywności fizycznej, zwiększenia udziału produktów wysokoprzetworzonych, kalorycznych, ale także powrót do jedzenia pod wpływem emocji. Pamiętajmy, że otyłość jest chorobą i nawet po wieloletniej remisji może dochodzić do nawrotu, ale do tego powodem jest raczej sekwencja różnych wydarzeń/czynników, a nie tylko jedna rzecz. Dlatego właśnie potrzebna jest kompleksowa opieka.

Czy pacjenci bariatryczni powinni stosować suplementy diety? Jakież?

Tak, zdecydowanie pacjenci po operacjach bariatrycznych powinni stosować codzienną, skrupulatną suplementację. Jest to związane przede wszystkim z tym, że dokonane zostały zmiany anatomiczne i witaminy i składniki mineralne nie są już tak dobrze wchłaniane, ale również z tym, że porcje są bardzo małe i nie jesteśmy w stanie wraz z dietą dostarczyć tego, czego potrzebujemy. Co powinno się znaleźć w takich suplementach? Na pewno witaminy z grupy B, niekiedy witamina A, witamina D oraz składniki mineralne, między innymi żelazo, wapń, miedź i cynk. Bardzo często pacjenci pytają, jak długo trzeba stosować suplementację. Tutaj nie ma prostej odpowiedzi. Niektórzy pacjenci po rękawowej resekcji żołądka wychodzą z suplementacji po dwóch latach i nie rozwijają niedoborów, ale mam również w swoim doświadczeniu takich pacjentów, którzy bardzo szybko rozwijali niedobory i muszą być na suplementacji dożywotnio. Natomiast po wszystkich operacjach typu gastric bypass, SASI, SADI czy mini gastric bypass, suplementacja jest obowiązkowa do końca życia.

Czym różni się sposób odżywiania osoby po operacji bariatrycznej od odżywiania innych osób?

Dieta osób po operacjach bariatrycznych może się znacząco różnić od diety osób, które nie przeszły takiej operacji. Przede

wszystkim dla pacjentów bariatrycznych porcje są dużo mniejsze, ale też inne jest ułożenie na talerzu. Osoby, które nie przeszły przez operacje bariatryczne, zwykle powinny mieć połowę talerza złożoną z warzyw lub owoców, w jednej czwartej ze źródeł białka i w jednej czwartej z pełnych ziaren, natomiast u osób po operacjach bariatrycznych zdecydowaną przewagę na talerzu powinny mieć źródła białka, czyli chude mięso, twaróg, jajka, ryby, strączki i orzechy, w jednej trzeciej powinny być to warzywa i owoce, a tylko w jednej piątej produkty zbożowe. Ponadto ważna jest technika jedzenia: osoby po operacjach bariatrycznych bardzo powinny się skupiać na tym, żeby jeść powoli, żeby długo przeżuwać, żeby kęsy były małe, ale również powinny pamiętać o tym, że nie należy popijać w trakcie jedzenia, bo to może doprowadzić do złego samopoczucia czy wymiotów.

Czego nie wolno jeść/pić po operacji bariatrycznej?

Wszystko zależy. Ja bardzo się staram przekazywać moim pacjentom, że nie ma jedzenia dobrego i jedzenia złego, ale należy pamiętać o tym, że coś doprowadziło do choroby otyłościowej i w 99% jest to jednak nadmierna ilość kalorii. Dlatego, jeżeli ta nadmierna ilość kalorii pochodzi z takich produktów, jak na przykład oliwa z oliwek, która działa prozdrowotnie, to po prostu musimy ograniczyć jej ilość, ale nie będziemy jej wykluczać po operacji. Natomiast, jeżeli to był wpływ słodkich napojów, alkoholu czy fast foodów, to niestety nie powiem, że będziemy mogli wracać do nich po operacji bariatrycznej. One będą musiały być bardzo okazjonalnie w naszym życiu.



Tłuszcz ma złą prasę. Czy tłuszcz w diecie to samo zło?

Tłuszcze w naszej diecie są potrzebne. Są one nie tylko nośnikiem smaku, ale też witamin tłuszczorozpuszczalnych, czyli

A, D, E i K. Są tłuszcze pochodzące z dobrych źródeł, tak jak wielonienasycone kwasy tłuszczowe z tłustych ryb morskich np. łososia, z orzechów włoskich, z siemienia lnianego, które przeciwdziałają procesom zapalnym w naszym organizmie i mają działanie ochronne przed chorobami układu sercowo-naczyniowego. Mamy jednonienasycone tłuszcze, jak oliwa z oliwek. No i mamy nasycone kwasy tłuszczowe, czyli te, których musimy jeść jak najmniej. Są to tłuszcze pochodzące z tłustych mięs, produktów typu fast food, ze słonych i słodkich przekąsek, z wyrobów cukierniczych. Ale też pamiętajmy o tym, że ilość ma znaczenie, a tłuszcze są najbardziej kaloryczne: dwie łyżki orzechów włoskich to jest bardzo dobre źródło cennych kwasów omega 3, ale to jest już około 200 kalorii. Musimy więc pamiętać o tym, żeby tłuszcze ujmować w posiłkach, ale też zwracać uwagę na ich ilość.

Jak kontrolować to, czy odżywiamy się prawidłowo?

Najlepiej udać się do specjalisty, czyli do dietetyka. Zwykle nie naprawiamy sami pralek, lodówek czy samochodów, tylko udajemy się do specjalistów w tym temacie.

Podobnie, gdy chcemy poprawić lub skontrolować swój sposób odżywiania, udajmy się do specjalisty. Ale zanim pójdziemy do dietetyka, załóżmy dzienniczek żywieniowy, w którym będziemy na bieżąco, jak najdokładniej notować wszystko, co jemy i pijemy.

Obok warto jest sobie notować sytuacje, w których dochodziło do jedzenia, czy emocje, które temu towarzyszyły, ponieważ to da nam i dietetykowi odpowiedź, czy wkrada się jedzenie pod wpływem emocji. Jeśli z takim gotowym materiałem zgłosimy się do specjalisty, to będzie on w stanie określić, czy jesteśmy na właściwych torach, czy jednak gdzieś zbaczamy na te, które nie są dla nas właściwe. Jeśli zaś chodzi o niedobor-



ry pokarmowe, to warto udać się do swojego lekarza chirurga lub do lekarza pierwszego kontaktu, który zleci odpowiednie badania, na podstawie, których dietetyk będzie mógł doradzić jak sprawić, by dieta była bardziej bogata w konkretne składniki. Natomiast przestrzegam przed tym, żeby sugerować się samodzielnie tylko swoimi wynikami badań.

Jak mają zapanować nad dietą pacjenci, którzy nie są w stanie mierzyć, ważyć i liczyć wszystkiego, co zjadają?

Zwykle takim pacjentom mówię, że przychodzi taki czas, kiedy trzeba się zatrzymać i zadbać o siebie. Dlatego, że jeżeli pacjent już tak mówi, to znaczy, że spotykamy się w momencie, którego może jeszcze nie określić jako kryzys, ale jako spadająca motywacja. Nie da się przyspieszyć procesu leczenia i bardzo bym nie chciała, żeby ktokolwiek to robił. Ja wtedy zalecam, żeby się zatrzymać i naprawdę przez kilka dni, tylko kilka dni, skupić się na tym, co robimy, czyli ile jemy, jak wyglądają te porcje. To nie musi być koniecznie ważenie i mierzenie, wystarczy robić zdjęcia wszystkiego co jemy i co pijemy, bo wtedy widzimy, czy to zgadza się z naszym własnym odbiorem swojej osoby.

Dlaczego najchętniej jemy wieczorem?

Wieczorne jedzenie może mieć kilka powodów. Jednym z nich jest to, że w ciągu dnia spieszymy się, a uczucie głodu, które naturalnie występuje, zapijamy kolejną kawą. Może być też tak, że jesteśmy nastawieni na to, że jesteśmy na diecie, więc posiłki muszą być bardzo małe i są za małe, więc jak już wracamy do domu, opadają emocje dnia, to pozwalamy sobie na więcej i wtedy uczucie głodu zaczyna się potęgować. To też może być wynik choroby otyłościowej i błędnego wydzielania hormonów głodu i sytości. A zatem trzeba się przyjrzeć temu, jak funkcjonowaliśmy w ciągu dnia.

Czy są rzeczy, które osoba chorująca na otyłość powinna wykluczyć z diety?

Nie jestem specjalną fanką wykluczania czegoś na całe życie, ale zdecydowanie uważam, że są rzeczy, których powinniśmy unikać. Mówię o całym społeczeństwie, które jest zagrożone obecnie nadwagą i chorobą otyłościową, ale przede wszystkim o pacjentach chorujących na otyłość. Przede wszystkim należy unikać napojów, które niosą ze sobą kalorie, choć fizjologicznie nie odbieramy tego tak, że się najedliśmy. Są to popularne, gazowane napoje, ale też soki, nawet te świeżo wyciskane, dlatego uważam, że lepiej zjeść owoc. Są to dostarczane produkty typu jogurty czy puddingi. No i alkohol, który kiedyś był uznawany jako coś, co działa prozdrowotnie, ale obecnie w ogóle nie ma na to dowodów. Jest wręcz odwrotnie – alkohol niesie ze sobą wiele kalorii, a do tego napędza nasz apetyt i chętnie sięgamy po nim po jakieś dodatkowe jedzenie.

Jakie produkty zawsze powinna mieć w domu osoba chorująca na otyłość?

To, co warto jest mieć w domu, jeżeli chorujemy na otyłość, to przede wszystkim świeże warzywa i owoce. Mogą być to też warzywa i owoce mrożone, które nadal zachowują swoje prozdrowotne właściwości. Dodatkowo – zdrowe źródła białka: chude mięso, tofu, strączki, jajka, twaróg. To są produkty, którymi pacjenci będą się szybko najadać. Warto też mieć zdrowe źródła tłuszczów, czyli na przykład orzechy, tłuste ryby morskie, oliwę z oliwek czy awokado. Natomiast pamiętajmy o tym, że nie liczy się tylko to, co jemy, ale też ile jemy. Zadbajmy o przygotowanie posiłku, jeżeli zbliża się jego pora lub czujemy, że nadchodzi głód. Nie podjadajmy, nie skubmy, tylko nałóżmy posiłek na talerz, usiądźmy do stołu i powoli zjedźmy.

Czy produkty oznaczone „high protein” to dobry pomysł dla chorych na otyłość czy dla pacjentów po operacji bariatrycznej?

Zwykle produkty oznaczone jako high protein to nie jest dobry wybór. Zwykle są to rzeczy, które są bardzo wysokoprzetworzone. Nie spotkałam z tym, żeby na przykład pierś z kurczaka była oznaczona jako high protein, chociaż jest to produkt wysokobiałkowy. Tak samo, mamy dostępne twarogi czy jogurty, które mają wysoką zawartość białka, a nie mają takiej etykiety. Przede wszystkim dbajmy o to, żeby żywność była, jak najmniej przetworzona.

Co to znaczy żywność wysokoprzetworzona i czy należy jej unikać?

Żywność wysokoprzetworzona to taka żywność, do której produkcji potrzeba wielu składników i jest to cały proces, jak sama nazwa wskazuje. Należy pamiętać o tym, że to, co jemy, powinno się składać z jak najmniejszej ilości składników, wypisanych na etykiecie. Produktem niskoprzetworzonym jest jogurt naturalny, ale niektóre jogurty owocowe, możemy już zaliczyć do żywności wysokoprzetworzonej, ponieważ w ich składzie jest dużo więcej składników. Dlatego zachęcam do tego, żeby czytać etykiety na produktach spożywczych i raczej unikać tych produktów, które w swoim składzie mają wymienionych więcej niż 5 składników. Zamiast jogurtu owocowego lepiej wybrać ten naturalny i owoc.

Czy gotowe produkty wege są zdrowe?



Na pewno dieta roślinna jest dietą zdrową. Natomiast w naszej cywilizacji bardzo lubimy ułatwiać sobie pewne rzeczy, w tym lubimy, żeby żywność była łatwo i szybko dostępna. W związku z tym,

pojawiło się wiele produktów przeznaczonych dla wegan, ale jest to zupełnie inna dieta niż ta standardowa wegańska, roślinna. Te produkty są pełne różnych dodatków do żywności, których raczej powinniśmy unikać. Jest to żywność wysokoprzetworzona, dlatego ponownie ja zachęcam do tego, żeby przeczytać etykietę i zobaczyć, ile jest potrzebnych składników do tego, żeby to wyprodukować. Na pewno dużo zdrowiej będzie, jeżeli kupimy jak najmniej przetworzone tofu, czy ugotujemy strączki, które możemy podzielić na porcje i pomrozić w osobnych opakowaniach.

Jak wegetarianie po operacji bariatrycznej mają zadbać o odpowiednią ilość białka w diecie?

Weganie i wegetarianie po operacjach bariatrycznych nie są w łatwej sytuacji, ponieważ muszą uzupełniać białko w diecie. To nie jest żadna tajemnica, że produkty odzwierzęce, takie jak mięso czy ryby, są produktami wysokobiałkowymi, natomiast wegetarianie czy weganie nie mogą z nich korzystać. Rozwiązaniem jest albo suplementacja białka poprzez stosowanie odpowiednich wyrobów medycznych albo korzystanie z tych produktów, które dana osoba dopuszcza: czyli tofu, wszelkie strączki, przerobione zwykle na pasty, ewentualnie jajka i ryby. Na pewno jest to temat, który warto skonsultować ze swoim dietetykiem, ponieważ samodzielne zbilansowanie diety pod kątem białka może być bardzo trudne.

Jak wybrać preparaty białkowe po operacji?

Po operacji bariatrycznej rzeczywiście zaleca się uzupełnianie białka. Ja osobiście w mojej praktyce zalecam, żeby to robić przez stosowanie tak zwanych diet cząstkowych, czyli białka w proszku. Dodaje się je do gotowych już potraw, miesza i czeka przez chwilę przed spożyciem. Dlaczego nie zalecam popularnych odżywek w płynie, które są wysokokaloryczne? Przede

wszystkim dlatego, że możemy to dołączone białko w proszku spożyć razem z posiłkiem. Nie wymaga to od nas burzenia wytworzonych nowych, prawidłowych nawyków żywieniowych, czyli jedzenia w spokoju i jedzenia pięciu posiłków dziennie, bez podjadania między nimi. A niestety odżywki płynne wymagają tego, żeby pić je po małym łyżeczku, co jakiś czas. Uważam, że to raczej spowoduje, że pacjent dość szybko wróci na stare, błędne tory niż pozostanie na nowych, dobrych.



Jak długo po operacji bariatrycznej stosować preparaty białkowe w proszku?

To zależy od tego, na ile pacjent jest w stanie zaspokoić swoje zapotrzebowanie białkowe dietą konwencjonalną, czyli mówiąc wprost – normalnym jedzeniem. I tutaj konieczne jest prowadzenie dzienniczka żywieniowego i sprawdzenie, ile jesteśmy w stanie zapewnić sobie białka konwencjonalną dietą. Oczywiście ważne jest też to, jaka operacja została wykonana, bo białka wcale nie trzeba tak dużo, jeżeli jesteśmy po rękawowej resekcji żołądka – potrzebujemy wtedy 60-80 gramów białka dziennie, co jest ilością standardową, jak u każdej innej osoby. Natomiast, jeżeli była to operacja wyłączająca, taka jak gastric bypass, mini gastric bypass, SASI czy SADI, możemy potrzebować nawet 160 gramów białka, a to już jest naprawdę bardzo dużo. W tych przypadkach uważam, że to stosowanie odżywki białkowej będzie raczej przewlekłe.

Co robić, by nie czuć głodu?

Głód wbrew pozorom nie jest naszym wrogiem, a sprzymierzeńcem. Ważne jest jednak to, żeby wiedzieć, czy mamy do czynienia z głodem fizjologicznym, czyli tym dobrym, czy z głodem emocjonalnym. A co robić, żeby nie odczuwać tak zwanego wilczego głodu? Trzeba po prostu jeść regularnie,

mniej więcej co trzy-cztery godziny w ciągu dnia, i zadbać o to, żeby posiłki były jak najbardziej urozmaicone, czyli żeby składały się i z białka i ze zdrowego tłuszczu, i z warzyw i owoców, i z produktów zbożowych. Jeśli mimo tego, będzie pojawiał się wilczy głód, to należy zastanowić się, czy nie jest to głód emocjonalny.

Dlaczego po operacji bariatrycznej trzeba jeść pięć posiłków dziennie?

Tak, po operacjach bariatrycznych trzeba jeść pięć posiłków dziennie i wiem, że większość osób próbuje negocjować – chcieliby zejść do trzech lub chociaż czterech posiłków. Ale sytuacja jest taka, że zostały dokonane zmiany anatomiczne i wielkość posiłków jest zdecydowanie mniejsza, a musimy dostarczyć sobie odpowiednie ilości białka, witamin, składników mineralnych i zdrowych tłuszczu. Miałam wielu pacjentów, którzy próbowali przejść na trzy lub cztery posiłki, ale bardzo szybko okazywało się, że to zaczynało chwiać ich planem dnia, zaraz zaczynali pozwalać sobie na poprzednie małe błędy, czyli przesuwali godziny posiłków, doprowadzali do wilczego głodu, pozwalali sobie też przez to na skubanie jakichś małych przekąsek albo dostarczali sobie większą kaloryczność razem z płynami, czyli na przykład pili soki albo kawę z dużą ilością mleka. A pamiętajmy, że takie bardzo mleczne kawy mogą dostarczyć nawet tysiąc kalorii dziennie. I mamy już rozwiązanie zagadki, skąd masa ciała zaczyna wracać.

Jak odchudzić otyłe dziecko?

Zasada jest taka, że dzieci się nie odchudza. Przede wszystkim dlatego, że dzieci są w fazie wzrostu, rozwoju, więc potrzebują kalorii oraz wszystkich makro i mikro składników. Jednak dzieciom należy wprowadzać racjonalne zasady żywienia. Ale, co bardzo ważne, wprowadzając zmiany w stylu życia,



Dzieci się nie odchudza, należy wprowadzać im racjonalne zasady żywienia.

nie stygmatyzujemy dzieci, bo te zmiany mają dotyczyć nie tylko dziecka, ale całej rodziny. To jest gra zespołowa – cała rodzina musi ograniczyć pewne produkty w swojej diecie i wprowadzić więcej aktywności fizycznej, ale przez zabawę, tak żeby była ona przyjemna dla dziecka. Możemy dziecko włączyć w przygotowywanie posiłków i to nie musi być wielka rzecz: dziecko nie musi grillować piersi z kurczaka, wystarczy, że umyje i potnie sałatę do obiadu.

Czy powinniśmy restrykcyjnie wykluczać słodczyce z diety dziecka?

Restrykcje w tak zwanym odchudzaniu dzieci nie są dobre, bo pamiętajmy, że nie tylko jeden czynnik wpłynął na rozwi-

nięcie choroby otyłościowej u dziecka. To nie jest tylko ta jedna rzecz, na przykład baton, który dajemy dziecku do szkoły lub to, że dziecko raz na dwa tygodnie pójdzie na urodziny i naje się słodczy. To są prawdopodobnie małe, niezauważalne przez nas nawyki, które przekazujemy swoim dzieciom. Dlatego nie uważam, że dziecku trzeba wszystko wykluczyć. To będzie dla niego duży szok i duża krzywda. Raczej powinniśmy umiejętnie sterować jakością posiłków dziecka, bo być może, jeżeli dziecko zacznie jeść regularnie, a jakość posiłków będzie wysoka, i będą się one składać z jak najmniej przetworzonych produktów, to ochota na słodczy czy tzw. junk food, czyli słone przekąski, zdecydowanie u dziecka spadnie.

Jak wybrać dietetyka?

Odradzam sugerowanie się mediami społecznościowymi, ponieważ nigdy nie wiemy, kto jest po drugiej stronie i czy ta osoba ma rzeczywiście doświadczenie w prowadzeniu osób chorujących na otyłość. Natomiast zalecam przede wszystkim sprawdzenie wykształcenia tej osoby i jej doświadczenia w indywidualnym prowadzeniu pacjentów chorujących na otyłość, a także sprawdzenie, czy ta osoba odznacza się empatią. Na pewno nie bez znaczenia będą opinie lekarza endokrynologa czy lekarza bariatry, którzy zwykle otaczają się ludźmi, do których mają pełne zaufanie.

Jaka jest rola dietetyka w procesie leczenia otyłości?

Dietetyk pełni kluczową rolę w procesie zmiany stylu życia i w leczeniu otyłości zajmuje równorzędne miejsce razem z innymi specjalistami, takimi jak lekarz, psycholog, fizjoterapeuta czy pielęgniarka. Warto jest pamiętać o tym, że dietetyk nie jest naszym wrogiem, a sprzymierzeńcem. Będzie pomagał w całym procesie – i w przygotowaniu do leczenia,

i w dalszym prowadzeniu. Czasem może zwracać uwagę na małe błędy, które zaczynają się pojawiać w naszej codzienności i które mogą zwiastować powrót do starych nawyków. To może być trudne dla pacjenta, ale jest bardzo ważne. Dlatego uważam, że powinniśmy mieć z dietetykiem tak zwaną chemię i czuć, że ta osoba do nas pasuje i nas rozumie.

Jak najlepiej skorzystać z wizyty u dietetyka?

Przede wszystkim trzeba sobie uświadomić, że praca z dietetykiem nie może się skończyć na jednej wizycie. Pierwsza wizyta u dietetyka to zwykle jest bardzo pogłębiony wywiad żywieniowo-dietetyczno-zdrowotny. To jest takie zapoznanie, które jeszcze nie gwarantuje, że dietetyk znajdzie receptę na pracę z danym pacjentem. Po takiej pierwszej wizycie, jeżeli pacjent tego oczekuje, może dostać indywidualny jadłospis, natomiast nie możemy żyć w przeświadczeniu, że ten jadłospis starczy nam do końca życia, bo każdemu taki jadłospis się po prostu znudzi. Dlatego, jeżeli planujemy współpracę z dietetykiem, nastawmy się na to, że to będzie proces kilku- kilkunastomiesięczny. Nie chcemy przecież pracować nad tym, żeby schudnąć dwa kilo, tylko prawdopodobnie nad zmianą wieloletnich nawyków. My, dietetycy musimy te nawyki odkręcić, nauczyć pacjenta komponowania posiłków, na przykład w oparciu o talerz zdrowego żywienia, i wytyczyć mu długofalową ścieżkę.



Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum została założona w 2018 roku. Naszym celem jest inicjowanie i wspieranie wszelkich działań, które przyczyniają się do podnoszenia wiedzy społeczeństwa na temat zdrowego stylu życia, chorób, sposobów ich zapobiegania, problemów chorych i ich bliskich. Wspieramy też niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia, które mogą przyczynić się na lepsze i dłuższe życie Polaków.

W ramach działań Fundacji:

- Wspieramy działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej, byliśmy np. partnerem Porozumienia na Rzecz Dobrych Praktyk w Szczepieniach, działaliśmy m.in. na rzecz udostępnienia szczepionki przeciwko rotawirusom dla wszystkich niemowląt.
- Prowadzimy Kampanię Na Wagę Zdrowia, której celem jest zapobieganie i leczenie otyłości u dzieci i dorosłych.

- Prowadzimy projekty edukacyjne i prozdrowotne w mediach społecznościowych i na stronie fundacji, skupiając się na takich chorobach jak m.in.: cukrzyca, choroby układu nerwowego, jak miastenia, astma oskrzelowa, trądzik odwrócony, otyłość, rak szyjki macicy i inne.
- Wspólnie ze Stowarzyszeniem Edukacji Diabetologicznej byliśmy współautorami raportu „Polska rodzina z cukrzycą”.
- Wspólnie z Polskim Towarzystwem Neurologicznym przygotowaliśmy raporty: „Miastenia jako problem kliniczny i społeczny. Wyzwania dla optymalizacji opieki nad pacjentem w Polsce” oraz „Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju”.
- Aktywnie uczestniczymy w debacie publicznej, zabierając głos ekspercki w tematach dotyczących otyłości czy komunikacji zdrowotnej podczas konferencji systemowych i w posiedzeniach zespołów parlamentarnych, tj. Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Matki i Dziecka, Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowego Stylu Życia oraz Przeciwdziałania Nadwadze i Otyłości.
- Przystąpiliśmy do Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, która skupia swoją działalność na wprowadzaniu zmian w systemie opieki zdrowotnej tak, aby stał się on przyjazny zarówno dla pacjenta, jak i jego bliskich.
- Jesteśmy członkiem zespołu ds. zdrowia mózgu przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Dołączyliśmy do Partnerstwa na Rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości STOP OTYŁOŚCI, która to inicjatywa łączy ekspertów zdrowia publicznego, nauki, sektora społecznego oraz biznesowego i ma na celu opracowanie i wdrożenie działań na rzecz profilaktyki i leczenia choroby otyłościowej w Polsce.



ZDROWIE I EDUKACJA
AD MERITUM

FUNDACJA

Jeśli jesteście ciekawi, co aktualnie robimy,
to zapraszamy na naszą stronę internetową



www.zdowieiedukacja.org

oraz nasze kanały w social mediach



FundacjaAdMeritum



zdowieiedukacja



Zdowieiedukac1

Zapraszamy do śledzenia naszych profili!